RECHERCHE DE SOLUTIONS ALTERNATIVES

A L'INSTITUTIONNALISATION DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES

RAPPORT PRELIMINAIRE D'ETAPE

Certificat de 2ième cycle
en Thanatologie

Université du Québec à Montréal

Décembre 1982

Cette recherche préliminaire a été rendue possible grâce à une subvention du Conseil Québécois de la Recherche Sociale.

Elle a été supervisée par Luce Des Aulniers, directrice du Certificat de 2ème cycle en Thanatologie de l'UQAM et par Jean Guy Lacroix, professeur au département de Sociologie de l'UQAM.

Les travaux de recherche ont été réalisés par Jean Carette, professeur au Certificat de 2ème cycle en Thanatologie de l'UQAM, en collaboration avec Marc Plamondon, politicologue, chercheur en Sociologie de la santé et de Liliane Couillard, documentaliste.

INTRODUCTION Page 1

Ière partie : A propos du concept d'institution et de l'analyse institutionnelle Page 4

IIème partie: L'institutionnalisation étatique des services de la santé dans le capitalisme d'après guerre sous le règne fordiste et néofordiste du rapport salarial Page 32

IIIème partie:L'institutionnalisation des personnes âgées Page 41

IVème partie :Vers des alternatives Page 69

Annexe bibliographique Page 80

Le rapport qu'on va lire est un rapport d'étape. Il correspond à la phase finale de la formulation d'un projet de recherche portant sur la "recherche de solutions alternatives à l'institutionnalisation des personnes âgées dépendantes". Sur ce thème, nous avons:

1. consulté les banques de données
2. recensé les travaux et publications
3. procédé à un classement préliminaire
4. élaboré un fichier bibliographique
5. ébauché la construction d'un instrument d'analyse
6. élaboré minimalement un cadre théorique.

Le rapport ci-joint correspond aux phases 5 et 6. Il devrait permettre le démarrage du projet de recherche proprement dit, pour lequel une demande de subvention sera faite au CQRS d'ici quelques semaines.

Autrement dit, ce rapport ne doit pas être lu comme une mise au point définitive sur la question des alternatives à l'institutionnalisation des personnes âgées dépendantes dans le réseau des Affaires sociales québécois. Il constitue une première approche toute provisoire du problème. Il nous a cependant permis:

1. de questionner les concepts d'institution et d'institutionnalisation et d'étudier leur évolution au cours de l'histoire de la pensée (1ère partie);
2. de replacer le processus d'institutionnalisation des personnes âgées dépendantes dans le contexte du développement capitaliste depuis la fin de la deuxième guerre mondiale, sous le règne fordiste et néo-fordiste du rapport salarial (2ième partie);

3. d'élaborer des hypothèses qui restent à vérifier empiriquement quant à la logique réelle du processus d'institutionnalisation (3ième partie);

4. de proposer d'ores et déjà et compte tenu de ce qui précède une double série d'alternatives d'une part hors institution et hors institutionnalisation, d'autre part au sein même des institutions du réseau des Affaires Sociales (4ième partie);

5. d'indiquer les textes et documents de référence que nous avons sélectionnés, consultés et utilisés au cours de cette phase préparatoire de la recherche (annexe).

Nous nous réjouissons que le CQRS ait jugé nécessaire de diffuser notre rapport au sein du réseau. Mais nous tenons à insister sur l'aspect provisoire et préliminaire de notre recherche et à réaffirmer notre désir de pouvoir bénéficier des moyens nécessaires à la recherche que nous entendons poursuivre. Le problème et ses implications nous semblent trop importants et trop graves pour qu'on puisse se contenter des premières conclusions auxquelles nous avons pu aboutir. En témoigne d'ores et déjà la priorité donnée par le CQRS à "l'institutionnalisation et les ressources alternatives" parmi les "domaines de recherche orientés".

Il faut aussi ajouter que cette recherche s'inscrit dans le cadre du Certificat de Second Cycle en Thanatologie de l'Université du Québec à Montréal. En effet, l'institutionnalisation des personnes âgées dépendantes aboutit à celle du mourir et de la mort, plus

généralisée encore et plus "totale" depuis qu'il est devenu "normal" au Québec de mourir à l'hôpital ou en institution d'hébergement plus légère. On retrouve ainsi, aux stades de l'agonie, le résultat quasi-généralisé d'un processus enclenché bien des années auparavant et dont l'enjeu nous semble être le pouvoir de s'approprier la vie et la mort.

Ière PARTIE

A PROPOS DU CONCEPT D'INSTITUTION

ET DE L'ANALYSE INSTITUTIONNELLE

Le mot "institution" reçoit selon les auteurs et selon les usages, trois définitions différentes et souvent concurrentes. Tantôt il désigne une norme "universelle" accompagnée de modèles et de valeurs de comportement: on dit ainsi du mariage, du salariat, du profit, du crédit, mais aussi de la médecine ou de l'éducation, que ce sont des institutions. Tantôt il désigne un acte de fondation; instituer des enfants, c'était autrefois assurer leur éducation, d'où le terme "instituteur"; instituer un peuple c'était naguère lui donner une constitution et des lois. Tantôt enfin il désigne des formes sociales visibles, comme l'hôpital, l'école, l'usine, la caserne ou la prison.

Mais ces trois définitions limitent l'institution au lieu de l'enrichir dans une triple dynamique. Toute institution, qu'elle soit une norme, une action ou une forme, est d'abord une norme, à travers l'objectif visible, officiel, légitime et indispensable qu'elle se donne et qu'on lui reconnaît. L'hôpital est ainsi institué pour guérir les malades, l'usine GM pour fabriquer des voitures, l'université pour dispenser le "haut" savoir. C'est le moment de l'unité positive et abstraite de l'institution. Toute institution est aussi, qu'elle soit norme, action ou forme, une inter-action. Elle est le lieu où se rencontrent et s'affrontent des objectifs et des intérêts particuliers, souvent en contradiction avec l'objectif officiel, qui devient donc imaginaire, à travers les conditions particulières, circonstancielles et déterminées qui accompagnent son

fonctionnement quotidien. C'est le moment de la négation de l'unité positive première, le moment des instituants.

Toute institution est enfin, qu'elle soit norme, action ou forme, un lieu où se répartissent et s'organisent les rôles, où s'incarnent des modèles, où, par conventions collectivement débattues et sans cesse à refaire, l'unité concrète se réalise dans la résolution de la contradiction entre les deux premiers moments. Après le moment de l'unité positive abstraite et celui de la négativité particulière, voici le moment de l'unité négative et toujours provisoire, forme plus ou moins visible et résultat des tensions plus ou moins invisibles.

On s'apercevra que la plupart des approches du concept d'institution ont péché par un défaut majeur: la scotomisation d'un des trois moments, en particulier du second, autrement dit le refus plus ou moins clairement affirmé et justifié de la négativité nécessairement introduite dans la vie même de l'institution, et ce même par les plus dialecticiens. D'où des confusions naturaliste, idéaliste ou psychologiste, desquelles le concept d'institution aura bien du mal à se remettre.

Par ailleurs, aucune institution n'est une île, superbement isolée autant de la société périphérique que des autres institutions. Quand nous disons ou entendons dire d'un hôpital qu'il est une usine, une caserne, une dure école, voire une prison, nous exprimons que

toute institution nous révèle la transversalité des fonctions et donc l'entrecroisement des instances dans le réseau sociétal. Toute institution renvoie à l'ensemble du système social, dans ses dimensions ergologique, éducative, sanitaire, sanctionnaire ou défensive.

Ce qui nous autorise à dire aussi qu'au-delà ou en-deçà de la fonction officielle et déclarée d'une institution, d'autres fonctions non-dites ou plus souterraines doivent aussi être prises en compte, faute de quoi on ne prend en compte qu'une partie du réel, légitimant ainsi la division sociale du travail. Comme l'écrivent Lapassade et Lourau, l'institution, c'est "la forme cachée que prennent la reproduction et la production des rapports sociaux dominants dans un mode de production donné", et si l'usine GM est faite pour produire des automobiles, elle est surtout investie pour produire du profit. L'analyse de l'institution se doit de dégager les fonctions latentes et les fonctions apparemment périphériques de l'institution. Il y a négativité à l'interne et par rapport à l'externe, et nous devons dégager un savoir sur le travail du négatif aussi bien entre les trois moments à l'interne, qu'entre les trois moments et la totalité du système sociétal à l'externe. C'est faute de le faire que nous nous laisserions entraîner dans les dérives d'un fonctionnalisme simpliste. (Lourau, 1976; Lapassade, 1967)

I- COMMENT EST NE LE CONCEPT D'INSTITUTION

La genèse et le développement du concept d'institution semblent être d'abord liés aux interrogations des moralistes et des philosophes sur les fondements et les finalités du politique.

Quatre repères paraissent plus significatifs dans ce qu'il est convenu d'appeler l'histoire de la pensée occidentale.

1. Le réveil grec

En tuant le sphynx - ou plus exactement en obligeant le sphynx à libérer Thèbes en mettant fin à son existence - Oedipe ne se contente pas d'accomplir un exploit et de révéler ainsi les qualités "athlétiques" de sa pensée. Il se rebelle positivement contre le despotisme asiatique institué en s'affirmant comme être instituant. En perçant une porte dans le mur des énigmes du Sphynx, il permet l'institutionnalisation d'une contre-violence, d'un contre-pouvoir, celui de l'homme.

Plus tard, Antigone poursuivra le combat contre Créon, en affirmant l'opposition entre les lois écrites et les lois non-écrites, ou plutôt entre l'institué et l'instituant. La pensée rebelle se fait pensée critique qui se permet le droit légitime et illégal, de penser la loi et les institutions. Première faille dans l'identité de l'universel institué, que cette affirmation de

la singularité de l'instituant, nécessaire exigence pour la vie même des institutions.

Oedipe et Antigone ont été en fait les premiers "gauchistes", en dénonçant l'institué comme étape - et non "maladie" - infantile de l'organisation et de la répartition des pouvoirs au sein de la cité.

2. La Renaissance

En publiant "L'institution chrétienne", Calvin s'oppose aux institutions ecclésiastiques romaines. Mais au-delà des jeux de pouvoir et des querelles d'influence, Calvin révèle une nouvelle négativité dans le concert interinstitutionnel. La réforme protestante naissante a ceci de particulier qu'au lieu de combattre de l'intérieur en vue de purifier l'institution de ce qui lui ferait perdre sa raison d'être, elle pose une nouvelle institution se définissant négativement par rapport à la première. (Calvin, 1536)

C'est au même moment que Rabelais va développer son utopie critique de l'abbaye de Thélème, nouvelle institution, contre-institution éducative non-directive. Les murs tombent, les femmes peuvent y entrer, et avec elles le désir n'est plus refoulé, les règlements disparaissent, l'emploi du temps n'y est plus quadrillé, la beauté y est permise et valorisée, et les possibles y remplacent les impératifs. Des normes universelles et idéales, comme l'éducation, la santé, la foi, la loi, jusqu'alors enfermées dans des espaces

totalitaires et coupés de l'extérieur, y cherchent à s'incarner dans une dynamique sans cesse renouvelée et renouvelante, dans un lieu singulier, c'est-à-dire à la fois unique, original et originant. Mais un défaut majeur ne peut échapper à notre attention. Le système institutionnel alors en vigueur en Europe surdétermine les particularités de l'institution Rabelaisienne, et en-deçà de la créativité apparente de Thélème, se cachent et se taisent les normes, valeurs et modèles de la société d'alors. Thélème a supprimé les murs, mais la société en profite pour y imposer discrètement l'organisation de ses pouvoirs à travers par exemple les modes de recrutement et les critères d'admission. (Rabelais, 1534)

3. Jean-Jacques Rousseau et le "contrat social"

L'auteur du Contrat Social va précisément mettre l'accent sur ce que Rabelais avait négligé deux cent trente ans plus tôt. L'Etat n'est plus un Etat de fait, fondé par et sur la Providence Divine, il devient un Etat de droit, s'appuyant sur la légitimité que lui donne le peuple souverain. Ce n'est plus l'institué qui autorise le fonctionnement de l'instituant, c'est l'instituant qui devient le fondateur de l'institution. Le moment de l'action instituante est ici enfin privilégié. Et il n'est pas semble-t-il inepte de rappeler que ce renversement de la réflexion sur l'institution accompagne les premiers pas de l'Etat moderne, de la grande industrie et des sciences sociales. (Rousseau, 1762)

4. Hegel et le droit objectif

Avec les penseurs de la contre-révolution (Bonald, de Maistre et Rivarol, que Bonaparte rappelle en France pour concourir à la légitimation de ce qui va devenir le pouvoir impérial) s'initie une contre-offensive à la pensée de Jean-Jacques Rousseau. Les institutions ne sont pas des contrats mais des idées douées de réalité, comme la pesanteur. Elles ne sont plus l'oeuvre de l'homme, ni de certains hommes qui les imposent à d'autres, ni de tous les hommes qui articuleraient un accord des plus unanimes pour les fonder. Elles existent depuis toujours et pour toujours, transcendantes et stables, et le seul devoir des penseurs éclairés est de les ré-actualiser. (Bonald, 1796; Rivarol, 1797; de Maistre, 1814)

C'est Hegel qui va donner à cette contre-offensive toute sa puissance. Les institutions ne sauraient être ni l'objet ni le fruit d'un contrat, elles sont déjà là, instituées et constituées, elles permettent à l'individu d'accéder à l'universel. Par les institutions, "qui sont ce qu'il y a de virtuellement universel dans leurs intérêts particuliers, ils (les individus) ont l'essence de leur conscience de soi". A la perspective contractuelle de Rousseau, Hegel oppose et légitime l'institutionnalité de la raison, du savoir et du pouvoir. Le moment de l'universalité est ici privilégié, et à l'homme instituant, Hegel substitue l'homme sujet et serviteur de l'universel, atteignant cet universel soit par son origine de classe s'il est propriétaire, soit par sa finalité de classe, s'il est

fonctionnaire de l'Etat, soit par la médiation de la corporation, s'il travaille dans l'industrie. Il n'y a pas contradiction, mais négation entre l'Etat et le sujet, celui-ci étant institué par celui-là. (Hegel, 1821)

Mais, en ne disant pas si l'institution est une forme sociale ou une représentation, un fait social ou un élément de l'idéologie, un objet réel ou un objet de connaissance, Hegel fait l'économie d'un débat dont l'organisation aurait permis et permettra plus tard d'instaurer un lieu dialectique et non une opposition entre le contractuel et l'institutionnel.

II- COMMENT S'EST DEVELOPPE LE CONCEPT D'INSTITUTION EN MEME TEMPS QUE LA SOCIOLOGIE

Avec la naissance et le développement de la sociologie, comme discipline distincte, le concept d'institution va se dégager de l'emprise exclusive des philosophes du droit, s'enrichir de dimensions nouvelles, mais aussi recéler d'inquiétantes fragilités.

1. L'institution comme norme objective

Avec Saint-Simon, Auguste Comte, Spencer et surtout Durkheim, c'est le moment de l'universalité et de l'unité positive qui va se trouver privilégié.

Saint-Simon met l'accent sur l'organisation. L'institution est un organe-machine, dont l'homme n'est ni l'artisan, ni l'agent. La société agit pour elle-même et pour l'homme, mais sans lui. La viable transcendance des institutions se heurte parfois à la contingence désordonnée des individus, d'où des retards et des conflits, entre lesquels la sociologue va faire oeuvre d'intervention clinicienne, au nom de sa clairvoyance adulte et pour permettre de retrouver l'harmonie momentanément perdue.

Auguste Comte poursuit et enrichit cette perspective mais en mettant cette fois l'accent sur la continuité des institutions, ou plutôt sur la continuité qu'elles permettent et assurent. Le

sociologue sera celui qui interviendra pour rappeler l'héritage matériel et culturel, pour manifester l'existence des lois naturelles qui commandent l'ordre social, et pour faire progresser cet ordre par réaménagements successifs rendus nécessaires précisément pour assurer la continuité. Rien d'étonnant si la "sociatrie" d'Auguste Comte va nourrir le conservatisme des dominants.

Même veine chez Spencer, mais déjà l'institution n'est plus rationnelle en tant que telle. Pour se maintenir, elle doit changer. Pour rester organisation, elle doit se dépasser elle-même.

Avec Durkheim, l'institution est toujours une nécessité antérieure à l'individu qui l'intériorise, la société reste une catégorie universelle transcendante, mais le sociologue, d'hygiéniste social éclairé qu'il était, devient éducateur, pédagogue, j'allais dire instituteur. Il devra mettre sans cesse en rapport l'individu et l'institution, alors que celle-ci a tendance à se passer de celui-là, pour positiver le rapport, c'est-à-dire pour alimenter la continuité et non s'en nourrir. Les voies de la régulation sociale devront être trouvées pour passer d'une solidarité mécanique (fruit par exemple d'une division du travail anomique) à une solidarité organique dans laquelle la société, tout en dépassant l'individu qui passe et ne reste pas, ne saurait se passer de lui. Pour la première fois, le sociologue n'est plus un grand-prêtre inspiré d'en-haut, ni un "travailleur social" chargé de l'hygiène sociétale. Il devient l'artisan de la transmission d'un savoir qu'il possède à des individus

qui ne-le-savent-pas-encore. On voit que le moment de l'instituant est toujours scotomisé, que l'existence d'un dynamisme social et l'exigence d'un savoir à rechercher en commun ne sont pas reconnues. (Durkheim, 1895)

2. L'institution comme forme symbolique

C'est avec les travaux des ethnologues et des anthropologues que le concept d'institution va enfin descendre du ciel des idées, et le sociologue-sociâtre de son piédestal.

C'est Malinowski qui introduit la notion de fonction. Dans la structure d'un système social particulier, l'institution doit remplir une fonction. A l'universalité jusque là toujours reconnue, sauf par Jean-Jacques Rousseau, Malinowski oppose la relativité dans l'espace et dans le temps. Grâce à un substrat matériel, grâce à un contenu idéologique exprimé dans une charte, grâce à un système de normes et de rôles, l'institution remplit sa fonction de satisfaction des besoins primaires ou dérivés, matériels et culturels. Elle est un outil technique au service de la vie sociale. Le deuxième moment dialectique, celui des tensions instituantes, est occulté au profit d'un consensus naturel et de régulations toujours harmonieuses.

A ce technicisme, Mauss et Lévi-Strauss vont opposer l'aspect symbolique de l'institution, comme système de représentation élaboré dans la pensée inconsciente. L'institution n'est plus la "chose"

durkheimienne, elle n'existe plus que dans l'imaginaire, à l'étage de l'inconscient, ce qui conduit à poser le principe d'une homologie entre les structures sociales et celles de la pensée. L'institution en tant que forme sociale visible devient un signe extérieur permettant la communication entre les individus. Avec Lévi-Strauss, l'institution trouve ou retrouve son ambiguïté, à la fois permissive et répressive. Elle devient aussi le lieu d'un combat pour la réalisation d'elle-même, à la fois entre les participants dans l'institution et à l'intérieur de chaque participant, entre le savoir du désir et le désir du savoir.

Mais à force d'insister sur le signifiant, on réduit le signifié. A force de privilégier le symbole, on évacue le réel. A force de décrire les codes, on oublie les références. A force de focaliser sur l'inconscient, on écarte le conscient. A force de révéler la synchronie du système, on ne prend plus en compte la diachronie de l'histoire, dont l'écriture est baptisée "fausse science". Or ce n'est pas le système contre l'histoire, mais bien plutôt l'histoire faite de la rencontre et du combat de deux systèmes institutionnels, l'ancien et le nouveau. En évacuant le dynamisme historique, on évacue l'instituant, au profit, encore et toujours, de l'institué, du déjà là, de l'ordre-désordre établi.

Ce n'est pas un hasard si les instituants (par exemple le prolétariat révolutionnaire) ont considéré l'institué comme répressif,

et l'intégration-intériorisation comme une subtile récupération, calme violence faite à leur droit et à leur potentiel d'institutionnalisation. La sociologie en est responsable, au plan théorique (devrait-on dire idéologique?).

3. L'institution comme instance imaginaire

Rien d'étonnant donc si, au bout du compte, le courant phénoménologique va s'emparer du concept d'institution pour en retourner l'usage contre la sociologie elle-même. Monnerot publie en 1946 un livre intitulé: "Les faits sociaux ne sont pas des choses".

Contre les Durkheimiens, il affirme que l'institution n'est ni une chose, ni un objet réel. Mais il affirme aussi contre tous les autres que l'institution n'est pas davantage un objet de connaissance. A l'explication scientifique a posteriori, Monnerot préfère la démarche compréhensive d'un vécu institutionnel. Et quand cette compréhension s'avère trop difficile, Monnerot suggère de lui substituer l'interprétation, c'est-à-dire le projet seul de compréhension. Il s'agit en fait de rechercher un sens, par référence au vécu, et de rejeter l'objectivité à la fois comme une impossibilité et une imposture. (Monnerot, 1946). Merleau-Ponty appuiera ce courant de son autorité, en invitant à rechercher non ce que l'institution est en elle-même, mais ce qu'elle est pour nous, et à tenter d'épuiser notre quête d'objectivité dans l'analyse d'une subjectivité qui se regarde et se vit dans un cadre institutionnel. (Merleau-Ponty, 1953)

L'intérêt d'une telle démarche est dans son refus de toute explication formaliste et dans la dénonciation des divers objectivismes chosistes des sociologues-voyeurs de l'institution. L'intérêt devient plus ambigu quand une telle approche nourrit la psychologie des groupes et permet de passer d'une idéologie de l'institution à une idéologie "groupiste" dont nous subissons encore les inconvénients.

III- COMMENT LE CONCEPT D'INSTITUTION A ETE REDUIT OU REJETE PAR MARX ET SES DISCIPLES OU "TRAITRES"

C'est dans l'"Introduction à la critique de la philosophie du droit de Hegel", texte antérieur au Capital, que Karl Marx développe sa critique de la conception Hégelienne des institutions. "Ce n'est pas la constitution qui crée le peuple", écrit-il, "mais le peuple qui crée la constitution". Avec Rousseau et à sa suite, Marx fait référence au droit subjectif. Alors que Hegel "part de l'Etat et fait de l'homme l'état subjectivé", Marx "part de l'homme et fait de l'Etat l'homme objectivé". D'autre part, Marx fait reproche à Hegel d'autonomiser l'Etat par rapport à la société civile, l'universel par rapport au particulier, d'où l'importance accordée par Hegel à la classe bureaucratique des fonctionnaires de l'Etat, importance qui repose sur cette division sociale du travail entre l'Etat et la Société Civile. Autrement dit, le moment de l'institutionnalisation, qui est le résultat concret des tensions instituantes entre l'Etat et la société civile, se trouve vidé de son contenu, dès lors que le premier moment, celui de l'universalité, est confisqué par l'Etat réel, pouvoir de la classe dominante, et par l'Etat imaginaire, pouvoir bureaucratique.

Mais c'est plus tard, avec la rédaction du Capital, que Marx va nous "révéler" sa conception des institutions. Désormais, son système de référence est établi et Karl Marx va pouvoir nous montrer

la différence entre le discours et la réalité de l'institution et nous démontrer que ce sont les transformations économiques qui produisent les transformations du droit. En tant qu'objet réel, l'institution voile la nature des rapports de production et sert de justification à la classe dominante; en tant qu'objet de connaissance, l'analyse de l'institution est toujours surdéterminée par l'analyse de l'infrastructure économique. L'institution est renvoyée au niveau des superstructures de la société et constitue sa fiction idéologique.

Mais si Marx a eu le mérite de critiquer le sociologisme qui isole et subjectivise les rapports sociaux, il n'a pas pour autant développé une réelle analyse sociologique des institutions. Notre frustration est d'autant plus grande que le concept d'institution va se trouver par la suite rejeté et comme englouti par le développement même des mouvements révolutionnaires qui s'inspireront et se réclameront de Karl Marx. Les exemples sont multiples qui révèlent l'insuffisance des outils de réflexion du départ. Ainsi, quand Engels écrit que "Les institutions sociales sous lesquelles vivent les hommes d'une certaine époque historique et d'un certain pays sont déterminées par deux sortes de production: par le stade de développement où se trouvent d'une part le travail, d'autre part la famille", il semble tautologiquement oublier que la division du travail et la famille sont déjà des institutions. Ainsi, quand Lénine se montre incapable de suggérer des solutions concrètes au dépérissement de l'Etat et à celui de la famille, il révèle bien l'obstacle institutionnel qu'il rencontre. Ainsi, quand Trotsky

et Rosa Luxembourg s'affrontent à propos de la dissolution de la Douma, du problème des tendances et des fractions au sein du parti, et de la bureaucratisation naissante: le parti au lieu d'être une force instituante, résultante de la structure du pays où il exerce une fonction hégémonique, devient institué, et les instances démocratiques deviennent non des conditions nécessaires, mais des obstacles à la révolution. Incapacité de fonder des institutions réellement nouvelles, incapacité de prendre en compte ce qui dans l'institution semble irréductible à l'économique. D'où le rejet du concept d'institution, seul chemin jugé possible pour incarner politiquement la théorie. La faiblesse initiale de la pensée a peut-être entraîné les déviations politiques que l'on sait.

Il semble donc qu'à mesure du développement de la réflexion sur l'institution et de la recherche sociologique, les incohérences et les insuffisances se multiplient, au point qu'on peut, à ce stade, s'interroger sur la validité même du concept d'institution. Faudra-t-il dépasser l'aporie ou se contenter d'en faire le constat?

IV- COMMENT LE CONCEPT D'INSTITUTION RENAIT DE SES CENDRES ET RETROUVE UNE NOUVELLE JEUNESSE

Autant la fin du XIXe siècle a été marquée par une perte de substance et une condamnation sans appel du concept d'institution, autant, après plusieurs décades d'oubli ou de pudeur silencieuse, la deuxième moitié du XXe siècle va marquer le temps d'un renouveau des analyses et d'un enrichissement progressif des recherches sur l'institution, sur ses fondements, sa structure et sa dynamique.

1. Foucault ou la malédiction de l'institution

De même que chez Hegel, la positivité (universalité) de l'Etat a besoin de la négativité du moment du sujet pour s'affirmer (et non pour être) en tant que positivité, de même, chez Foucault, le "dehors social" a besoin du dedans pour s'affirmer en tant que dehors exclusivement raisonnable, sain, juste et positif. Foucault décrit ainsi l'inéluctable logique de l'enfermement, logique aboutissant à une transformation de ses agents. Par le mouvement même d'enfermement institutionnel, la raison, la santé, le droit, la société ne sont plus des projets éthiques, mais deviennent des natures, se naturalisent: raison-nature par l'asile, santé-nature par la clinique, droit-nature par la prison. Il y a comme une naturalisation par la culture, mais par une subtile ambiguïté, Foucault se sert de l'histoire pour mieux l'évacuer. En sollicitant la négation, il rejette la contradiction, et les dynamismes de

l'action historique des hommes engagés dans la lutte des classes. Il y a chez Foucault une malédiction de l'institution, de l'institué et même de l'institutionnalisation. L'histoire n'est pas une tragédie nourrie de conflits et de tensions, elle est un drame, une course infernale et inéluctable, où chacun se retrouve enfermé, aussi bien au-dedans qu'au-dehors, à partir d'une faille, d'une cassure initiale, j'allais dire d'un péché originel.

Il y a chez Foucault un pessimisme radical, qui vient peut-être d'une sorte d'hégémonisation des concepts d'extériorité et d'intériorité. L'institution, loi, forme sociale visible, coutume, etc., est chez Foucault un contenant contenu, telle une sphère pleine dont les limites et les douaniers tangentiels définissent les rapports entre le dehors et le dedans, les ténèbres extérieures et l'obscurité de l'intérieur. L'enfer c'est l'enfermement des autres. Une fois de plus, malgré l'originalité de l'approche, la subtilité du regard et la densité du traitement, Foucault semble occulter le moment des particularités instituantes. L'institution pleine et planifiée ne saurait pour lui être un réseau pris dans un réseau plus vaste et périphérique, où les rapports de force ont pris la place des fatalités.

2. Castoriadis ou l'imaginaire

A partir des premières recherches développées dans la revue Socialisme et Barbarie, et en s'appuyant sur l'anthropologie et la psychanalyse, Castoriadis nous propose une réflexion riche et originale

sur le phénomène institutionnel dans son livre "L'institution imaginaire de la société".

Castoriadis se refuse tout d'abord à réduire l'institution à sa fonction dans l'économie d'ensemble de la vie sociale. Sans nier que les institutions sont supposées répondre à des besoins, il s'interroge sur le critère de réalité de ces besoins, ce qui l'amène à affirmer que les actes et les produits d'une institution, quelle qu'elle soit, ne peuvent ni être ni se comprendre sans référence au réseau symbolique, manière dont une institution se donne. Au signifiant symbolique institutionnel sont attachés des représentations, des signifiés, qui ne se limitent pas à des contenus réels et rationnels dont l'institution ne serait que la forme. Les symboles institutionnels ne s'imposent pas à nous dans une nécessité naturelle-réelle, et le symbolique ne saurait se réduire au fonctionnel. Dire d'un système symbolique, d'une institution qu'elle doit être fonctionnelle et rationnelle ne veut pas dire pour autant qu'elle l'est, et le réel ne s'épuise pas avant l'arbitraire. Dire aussi que le symbole n'est que l'expression adéquate d'un contenu substantiel pré-établi, c'est réduire l'institution à un vêtement, un habillage juridique ajouté. Dire enfin que les institutions sont des superstructures déterminées par les infrastructures est absurde, car les infrastructures sont déjà des institutions, c'est-à-dire des réseaux à la fois réels et symboliques, le droit ne venant qu'au second degré reconnaître le fait. Il n'y a ni adéquation parfaite (fonctionnalisme) ni détermination du contenu par le

symbole; il y a à la fois du déjà-là, appartenant soit à la nature, soit à l'histoire, et une participation du rationnel, dans l'institution du symbole.

Autrement dit, la dimension symbolique de l'institution n'est pas totalement maîtrisable, parce qu'elle renvoie à ce que Castoriadis appelle l'imaginaire radical, dont elle est l'expression effective: "Les institutions ont trouvé leur source dans l'imaginaire social. Cet imaginaire doit s'entrecroiser avec le symbolique, autrement la société n'aurait pu se rassembler, et avec l'économique fonctionnel, autrement la société n'aurait pu survivre. Il peut se mettre, il se met nécessairement à leur service aussi: il y a certes une fonction de l'imaginaire de l'institution, bien que là encore on constate que l'effet de l'imaginaire dépasse sa fonction". Et plus loin, Castoriadis critique le fonctionnalisme de... Marx en disant: "Pourquoi est-ce dans l'imaginaire qu'une société doit chercher le complément nécessaire à son ordre? Pourquoi rencontre-t-on chaque fois, au noyau de cet imaginaire et à travers toutes ses expressions, quelque chose d'irréductible au fonctionnel, qui est comme un investissement initial du monde et de soi-même par la société, avec un sens qui n'est pas dicté par les facteurs réels, puisque c'est lui qui confère plutôt à ces facteurs réels telle importance et telle place dans l'univers que se constitue cette société?" En oubliant de répondre à ces questions, non seulement on se contente de décrire sans expliquer, mais on se dispense de l'effort de réflexion inventive qui va permettre à Castoriadis de poser

l'imaginaire comme constituant-instituant central de la vie en société. Cette fois l'instituant est premier: il accède à la priorité de l'unité positive, et le deuxième moment, celui de la spontanéité instituante, de la révolution permanente, devient premier. Par contre, l'institué, qui jusque là fondait l'institution, devient le risque et le moment deuxième de l'unité négative, celui de la bureaucratie victorieuse. L'institutionnalisation, troisième moment, est le résultat du conflit entre l'organisation bureaucratique et l'anarchie créatrice, résultat à toujours remettre en cause, pour éviter l'aliénation, c'est-à-dire l'autonomisation, voulue ou inévitée, du moment imaginaire de l'institution par rapport à la composante fonctionnelle du réseau symbolique institutionnel. Pour nos sociétés contemporaines, l'imaginaire autonomisé et dominant, c'est le rationnalisme et la bêtise simplifiante.

Castoriadis nous emporte dans le tourbillon de ses idées. Mais il me semble que le serpent se mord la queue! En privilégiant le point de vue de l'imaginaire radical, Castoriadis semble s'autonomiser lui-même. Il monte en avion pour photographier le réel, mais déconnecte sa radio de bord et se satellise; en opposant l'imaginaire au réel, il y a risque de faire perdre à l'imagination son pouvoir dans le réel. On a ici l'impression d'atteindre une limite qu'il conviendrait peut-être de dépasser, par exemple en utilisant la triple chronogénie de Michel Serres. Castoriadis nous fournit un outil d'analyse utile et pertinent pour mieux comprendre l'institution, mais c'est peut-être un outil brûlant, et Icare en s'évadant

du labyrinthe de l'ingénieur fonctionnaliste Dédale, s'est aussi brûlé les ailes...

3. De dispersion en dispersion: l'analyse sartrienne

Il nous faut réserver un sort particulier aux analyses développées par Jean-Paul Sartre dans Critique de la Raison Dialectique. L'auteur nous y livre une féconde genèse théorique de l'institution. Partant de l'anonymat dispersé de la série, Sartre insiste d'abord sur la naissance du groupe en fusion, envers de la série menacée d'éclatement, totalisation réactionnelle et nécessaire pour conjurer la précarité instantanée de la série. Une fois passé le temps de la chaleur fusionnelle initiale, voici le groupe menacé à son tour de dissolution et du retour à la série. C'est alors que le groupe va se donner, par le mécanisme du "serment", une nouvelle énergie centripète, fondant le groupe dans sa permanence même. C'est le stade stabilisant de l'organisation, "opération du groupe sur lui-même", qui organise ses moyens en vue d'un but commun. Mais cette organisation se trouve à son tour menacée d'instabilité et de déviationnisme. De la même façon qu'on est passé du groupe à l'organisation par la médiation du serment, l'organisation devient institution par la médiation de la terreur, moment où on "limoge" et "liquide" tous les déviants de la ligne-norme qui se dicte et s'établit. "Pour survivre, le groupe va mettre en place ses institutions: la pratique est institution le jour où le groupe, comme unité rongée par l'altérité est impuissant à la changer sans se

bouleverser entièrement lui-même" (Lapassade, 1970). Les fonctions organisationnelles deviennent du même coup des obligations institutionnelles, et le pouvoir se fait commandement, sans qu'il y ait désormais besoin de consensus interne. Perdant totalement le peu de vie qui l'animait, l'institution se fige en bureaucratie glacée où les individus ne sont plus que les membres indéterminés d'une série anonyme. On revient ainsi au point même de départ, dont on voulait fuir la fragilité.

De la dispersion initiale à la dispersion finale, Sartre nous propose une "genèse idéale" dont il faut bien nous garder de faire une histoire réelle.

4. La socianalyse

Aux points de rencontre de la sociologie et de la psychanalyse, les socianalystes d'aujourd'hui tentent de concilier, à travers leurs interventions concrètes, des approches aussi différentes que celles des socioloques fonctionnalistes, des marxistes et des psychanalystes freudiens. Pour eux, l'institution est le lieu complexe où s'articulent et entrent en conflit une organisation, une instance idéologique et une structure libidinale. L'organisation fonctionnelle va permettre le contrôle et les jeux de pouvoir. L'idéologie dominante assurera la cohésion et l'homogénéité des instituants, pour la réalisation des objectifs, mais révélée, elle nourrira elle-même sa remise en cause. Enfin, les liens entre les individus participants de l'institution

eux-mêmes et entre ceux-ci et leurs meneurs permettront à la fois l'intégration à l'institution et la séparation d'avec elle, double mouvement à la fois entre l'institution et l'individu, et à l'intérieur de l'individu lui-même, mouvement dialectique qu'il s'agit de constamment élucider dans le cadre de l'intervention socianalytique dans l'institution.

Comme l'écrit René Lourau, "l'institution, c'est le processus par lequel naissent des forces sociales instituantes qui finissent souvent par constituer des formes sociales juridiquement codées, fixées, instituées. L'ensemble du processus, c'est l'histoire, succession, interférences, mélange de forces contradictoires, travaillant tantôt dans le sens de l'institutionnalisation, tantôt dans le sens de la dés-institutionnalisation. Tantôt dans le sens de l'imposition, du renforcement, du maintien des formes; tantôt dans le sens de la dissolution, du dépérissement, de la mort des formes.

La partie du processus dont rend compte le concept d'institutionnalisation est donc la face "positive", constitutive des formes et de la charte (cf. Malinowski) qui garantira la légitimité, la durée de ces formes. C'est le renversement de l'instituant dans l'institué. Et c'est le refoulement opéré sur les analyseurs socio-historiques par la volonté de stabilisation, de retour à l'ordre" (Lourau, 1978).

Comme le résume Jacques Langlois:

"Bien qu'elle ait un rôle direct dans la création de la société, un rôle constitutif dans la production de la société, l'institution déguise, résume, condense, déplace l'ensemble de la formation sociale en masquant sous forme symbolique les conflits de classe qui agitent la société. C'est en cela que l'institution est "l'inconscient politique de la société", car elle correspond très exactement au refoulement des conflits sociaux derrière un système conventionnel de normes et de règles, soi-disant neutre, établi sur la domination d'une classe dirigeante...

"L'institution est un corollaire de la domination; elle en est la détermination symbolique qui la dissimule en investissant l'inconscient des dominés par l'intériorisation des normes adéquates de comportement...

"L'institution, dans l'acception de création, de production, de fondation, soit du système de normes, soit du système de sens (caché) de celui-ci... assure, de toute façon, la régulation de la société par le fonctionnement des mécanismes de l'inconscient individuel ou collectif." (Langlois, 1982)

Cette nouvelle école en est encore à ses premiers pas. Mais il pourrait être intéressant de se demander, à travers l'analyse de la demande qui en est faite, et plus seulement de l'offre, si la

socianalyse va s'inscrire subtilement dans une logique de reproduction des rapports sociaux (intensification du profit et de l'exploitation par une meilleure organisation du marché du travail) ou si elle peut devenir un levier de changement en faveur des dominés, en permettant la production conséquente de rapports sociaux qualitativement différents.

IIième PARTIE

L'INSTITUTIONNALISATION ETATIQUE DES SERVICES DE LA SANTE DANS LE CAPITALISME D'APRES-GUERRE SOUS LE REGNE FORDISTE ET NEO-FORDISTE DU RAPPORT SALARIAL

Pour mieux comprendre le procès d'institutionnalisation des services étatiques dans le secteur de la santé, et en particulier celui de l'institutionnalisation des services gérontologiques et gériatriques, il nous faut l'inscrire dans la logique et la dynamique des rapports sociaux. Si nous considérons l'ensemble social comme structuré en classes antagonistes, c'est-à-dire dont les intérêts sont contradictoires, nous pouvons en déduire que toute politique sociale officielle et étatique ne peut que tendre à reproduire les rapports sociaux dominants tout en traduisant les conflits structurels entre les classes et en reflétant le rôle joué par l'Etat dans ses conflits. Nous ferons donc ici intervenir des éléments comme l'évolution des rapports sociaux de production, de la forme et de l'intensité des luttes de classes, ainsi que le mode spécifique de l'action de l'Etat et de ses appareils et les modèles culturels de référence.

Comme l'ont récemment souligné Paul Bélanger et Marc Plamondon, "Dans notre perspective, l'organisation des services publics, en particulier dans le secteur de la santé, selon un modèle de professionnalisation, de bureaucratisation et d'institutionnalisation comme milieux et modes de contrôle (social), de traitement et d'hébergement des populations doit se comprendre dans un procès d'extension des rapports marchands dans l'ensemble de la structure sociale, et ce sous l'égide de l'Etat régulateur de la domination de classe" (Bélanger et Plamondon, 1982).

*

* *

Après la seconde guerre mondiale, on assiste à une extension massive du rapport salarial, des rapports marchandisés et de l'accumulation capitaliste.

La production se transforme et se massifie. La division du travail s'accentue et renforce les gains de productivité. Elle permet une déqualification relative des travailleurs. Le contrôle de la production passe rapidement de l'ouvrier au chef d'entreprise, dépossédant ainsi les travailleurs des savoirs-faire qui leur permettaient jusqu'alors d'exercer un certain contrôle sur le procès de production. Le développement de "l'Organisation scientifique du travail" assure l'accroissement de la valeur créée par la force de travail et facilite autant qu'accélère le procès d'accumulation du capital.

Mais cette production massive doit pouvoir être écoulée, permettant la réalisation de la plus-value. A production de masse, consommation de masse. Après avoir réorganisé le procès de production, il convient de réorganiser et de contrôler celui de la consommation, et d'abord de détruire systématiquement les modes de consommation traditionnels pour les remplacer par ceux qui sont les plus appropriés à l'objectif capitaliste de réalisation de la plus-value. On augmente donc les salaires, on réduit la semaine de travail, dégageant ainsi un temps propice à la consommation de masse; mais aussi, on introduit et on impose peu à peu des normes de consommation pour encadrer le mieux possible les dépenses des travailleurs. Le despotisme de

l'usine se prolonge en dehors du milieu de travail, en un despotisme plus subtil de la consommation. (Baron, Granou, Billaudot, 1979)

Cette dynamique a cependant ses propres limites. D'une part, les travailleurs développent des pratiques de résistance; d'autre part, les "crises" cycliques entraînent une insécurité d'emploi préjudiciable. Il convient donc de trouver les moyens de conjurer tout ce qui peut menacer la continuité du procès de consommation et entraver la logique d'accumulation du capital. Les salaires vont être réglementés, globalisés et homogénéisés. Des fonds sociaux d'assurances sont organisés et constitués, permettant, par le biais d'un salaire indirect, un meilleur contrôle des pratiques de consommation des travailleurs et une extension plus sûre et plus forte des rapports marchands, en suppléant aux incapacités, temporaires ou définitives, et aux résistances spontanées ou réorganisées, des travailleurs (Aglietta, 1976). C'est dans cette dynamique qu'il convient d'inscrire l'établissement de l'assurance-hospitalisation (1961) et de l'assurance-maladie (1971) comme programmes universels et obligatoires (Bélanger et Plamondon, 1982).

"Les années 50 et 60 furent ainsi une période d'expansion assez phénoménale de l'appareil médico-hospitalier et de l'utilisation des services, avec un contrôle relativement faible de la part des gouvernements. Ce qui était perçu comme bon pour la profession médicale, d'ailleurs de plus en plus spécialisée, l'était automatiquement par le public. De telle manière que le Canada se retrouva

au milieu des années 60 - et c'est encore le cas aujourd'hui - avec un nombre de lits hospitaliers de courte durée par 1000 habitants (5,6 en 1966 et 5,4 en 1973) et des durées de séjour à l'hôpital (en moyenne 10,1 jours en 1966 et 9,4 en 1973) plus élevés qu'aux USA (Renaud, 1981).

Cette première institutionnalisation sous l'égide de l'Etat va se renforcer à la faveur même de la crise qu'elle engendre. En effet, cette augmentation des dépenses de santé entrave le bon fonctionnement de la loi de l'accumulation du capital, dans la mesure où elle augmente les coûts de reproduction de la force de travail. L'Etat, devant une croissance des coûts jugée démesurée et dans un contexte de début de nouvelle crise économique, va introduire une logique d'efficacité et de productivité. Sous des objectifs déclarés de plus grande justice sociale et d'égalité, il s'agit en fait d'imposer un meilleur rendement des services sanitaires: modification et taylorisation de l'organisation du travail, rationnalisation des ressources disponibles, spécialisation des tâches, hiérarchisation des services, bureaucratisation de la gestion. Technocrates, administrateurs, statisticiens, comptables et planificateurs enlèvent peu à peu une grande partie de leur pouvoir aux personnels médicaux et para-médicaux. Désormais les rapports entre les personnels et les usagers des services sont médiatisés par l'administration et son organigramme. Le système de santé devient une industrie et un marché.

"En se soumettant à la logique d'accumulation du capital, il devient quasi inévitable que s'accroissent la bureaucratisation de la gestion et, éventuellement, une certaine forme de prolétarisation de la force de travail.

"Comme sous l'effet d'un rouleau compresseur, au fur et à mesure que l'on produisait les soins grâce à des machines, à des instruments et à des médicaments sans cesse plus perfectionnés et qu'en symbiose se développait la science médicale, on a vu se spécialiser et se hiérarchiser le travail, s'amplifier et se concentrer les fonctions de gestion et de contrôle, et augmenter les coûts de production. En Amérique du Nord, l'augmentation des coûts pour le consommateur, à son tour, entraîna de fortes demandes populaires pour socialiser - c'est-à-dire pour faire porter par l'ensemble de la collectivité - certains coûts de production. C'est ce que firent les gouvernements canadiens en donnant diverses subventions et en développant des programmes d'assurances. Ceci permit à de nouveaux coordonnateurs du "progrès" d'apparaître, les rationnalisateurs bureaucratiques. Or devant la crise créée par la perception de la croissance démesurée des coûts, ils durent d'abord s'atteler à la tâche de contenir et de rationaliser la croissance du secteur, quels qu'aient été à l'origine, leur volonté de changement et leurs idéaux. Comme la main-d'oeuvre représente 70% des coûts du secteur, leur première tâche fut celle d'essayer de codifier, de systématiser, bref de rationaliser le travail humain.

"En conséquence, comme ce fut le cas d'autres secteurs industriels au début du siècle, un processus de nivellement des tâches, de déqualification et de taylorisation du travail, bref... de prolétarisation est peut-être en train de se dérouler." (Renaud, 1981)

Ce double mouvement d'institutionnalisation et d'industrialisation de la santé sous l'égide de l'Etat n'est pas sans conséquence sur les populations usagères.

On assiste d'abord à une progressive disparition des anciens rapports non marchands au corps, à la santé, à la maladie, à la vieillesse et à la mort.

"C'est ainsi que la population ne s'appuie plus sur des organisations sociales telles que la famille, les amis, les voisins, la communauté, les vieux, les enfants, mais que, à de rares exceptions près, elle doit recourir au marché non seulement pour la nourriture, les vêtements et la maison, mais aussi pour ses loisirs, pour sa sécurité, pour prendre soin des enfants, des vieux, des malades, des handicapés." (Braverman, 1976)

"Nous baignons dans un milieu matériel et une organisation des rapports sociaux qui vous dépossèdent de vous-mêmes, réduisent à presque rien votre pouvoir de vous autodéterminer, exprimer, épanouir...

"Et quand, ballotté comme un bouchon par une vie incohérente et segmentée, votre corps (c'est-à-dire vous-même) lâche, voici qu'un autre appareil normalisateur et niveleur vous happe: l'appareil médico-hospitalier.

"Lui aussi, toujours pour votre bien, c'est entendu, va vous interdire de penser, de vous exprimer, d'exister par vous-même. Vous serez pour lui (l'efficacité est souvent à ce prix) non un malade, mais une maladie; non un corps qui jouit, enfante, proteste ou souffre, mais un assemblage d'organes dans lequel on va chercher la lésion, le dysfonctionnement précis auquel il s'agit de remédier." (Bosquet, 1980)

Cette dépossession progressive et généralisée permet une domination de plus en plus forte du capital hors du milieu de travail.

D'autre part, le médecin, bien que lui aussi privé d'une partie de son autonomie et de son pouvoir, va jouer un rôle spécifique dans cette production/reproduction. En exerçant un contrôle de plus en plus large sur les savoirs, en multipliant les interventions médicales et paramédicales, en donnant la préférence aux technologies lourdes, en dramatisant les situations, en décidant seul qui est malade, qui ne l'est pas et comment on doit soigner, le médecin se fait l'allié objectif du capital et joue un rôle décisif dans l'entretien et la reproduction de la force de travail.

Les objets sur lesquels la médecine intervient sont en fait des pratiques sociales reconstruites par la forme des connaissances, de l'expertise et des techniques instrumentales médicales. Cette reconstruction aboutit à une réduction des phénomènes pris en compte à leur dimension biologique, individuelle et relationnelle (Lévy, 1982) (Bélanger et Plamondon, 1982).

Bref, à la taylorisation du travail dans le secteur de la santé correspondent sa marchandisation et la dépossession des usagers de toute forme de contrôle sur leur corps et sur leur vie.

Faut-il rappeler qu'il ne s'agit pas pour nous d'une stratégie consciente concoctée par quelques capitalistes influents aidés de quelques technocrates en mal de pouvoir. Il s'agit en fait des effets, sur le secteur de la santé, de l'extension du rapport salarial et de la marchandisation sous le règne du fordisme et du néo-fordisme.

C'est dans ce contexte qu'il convient de replacer le processus d'institutionnalisation des services de santé sous l'égide de l'Etat, et en particulier le surgissement de ce qu'on a appelé à partir des travaux de la commission Castonguay-Neveu et du rapport Martin, une "politique de la vieillesse".

IIIième PARTIE

L'INSTITUTIONNALISATION

IIIième PARTIE

L'INSTITUTIONNALISATION

DES PERSONNES AGEES

En 1970, dans le cadre des travaux de la commission Castonguay-Nepveu, était publié le rapport de la sous-commission Martin, où, pour la première fois au Québec, le terme de "politique de la vieillesse" apparaissait, pour désigner spécifiquement un ensemble étatiquement coordonné de mesures ayant pour finalité déclarée d'assurer le vieillissement intégré et harmonieux de tous les québécois. Y étaient décrits et argumentés les dispositifs particuliers qui devaient permettre une amélioration de la condition des plus âgés et l'intégration sociale d'une population à risques élevés, dont ceux de l'inadaptation et de la marginalisation.

Le concept de "politique de la vieillesse" n'était pas neuf. Il avait en particulier permis de titrer le fameux rapport Laroque qui avait paru en France huit ans auparavant (1962) et qui devait y jeter les bases d'une planification gérontologique.

Mais surtout, il ne surgissait pas par hasard. Au-delà du jeu des mots qu'il rassemblait, son "apparition" résultait d'une évolution des conditions sociales générales, dont il faut ici produire les caractéristiques.

Dans un ensemble social où l'âge avancé constitue désormais objectivement l'avenir du plus grand nombre, et où les nécessités de la prévision construisent peu à peu un art politiquement nécessaire, les conditions dans lesquelles les plus âgés peuvent vivre deviennent

une question principale. Le prix de la solidarité entre les âges et le mode de gestion de la vieillesse se font une place de choix parmi les enjeux centraux du débat social de ces dix dernières années.

La généralisation du salariat entraîne celle de la retraite, autonomisant la vieillesse comme catégorie sociale spécifique, vivant une même situation de non-travail et nourrissant une même représentation de groupe d'âge particulier. Les effets concomittants de la baisse de la natalité, de l'abaissement de l'âge de la retraite et de l'allongement de l'espérance de vie vont massifier situation et représentation. Le mode de gestion traditionnel, fondé sur les principes d'exclusion, d'assistance et d'enfermement devient économiquement irrationnel et socialement inadapté (Guillemard, 1980). L'inflation rapide des coûts, la pression croissante de la demande à la fois quantitative (pour l'accroissement des capacités d'hébergement) et qualitative (pour l'adaptation de l'offre aux besoins et aux attentes) imposent une révision de fond en comble des objectifs et des moyens, et font que s'élabore une "politique de la vieillesse".

A la solidarité familiale ou privée, qui jusque là s'efforçait de subvenir aux besoins d'une minorité de survivants, succède une prise en charge plus large, organisée sous l'égide de l'Etat. A la socialisation croissante des forces productives (concentration du capital) et à l'urbanisation correspondent un désaisissement de la famille et une socialisation du mode de gestion de la vieillesse. Unifiée par l'accession généralisée de la retraite, la vieillesse

devient un problème social, en ce qu'il pose un défi à l'ensemble des acteurs sociaux et que son mode de résolution joue désormais un rôle déterminant dans la dynamique des rapports sociaux.

La nouvelle "politique de la vieillesse" voudra s'adresser dès lors à tous les retraités: au lieu de pallier l'incapacité et la dépendance d'une minorité, elle tendra à raviver, maintenir et accroître les potentialités et l'autonomie d'une population regroupée et unifiée dans la représentation dynamisée d'un 3ième âge ou âge d'or. Au mode de gestion par exclusion, assistance et enfermement, elle fera succéder un mode de gestion par intégration et assimilation, d'une part mieux adapté aux aspirations des nouvelles couches moyennes accédant à la retraite mieux pourvues et plus aptes à réclamer leur dû, d'autre part plus conforme à la nécessaire mobilisation de toutes les ressources disponibles pour satisfaire les exigences d'une croissance accélérable et planifiée (Guillemard, 1980).

A souligner aussi: Jean-Marie Martin souhaite dans son rapport la planification et la coordination des politiques particulières, des programmes et des efforts dans le domaine de la vieillesse. Il déplore qu'on se soit contenté de n'étudier sérieusement que le problème des revenus. Il recommande que l'Etat joue désormais un rôle prépondérant dans la recherche, la formulation et la mise en place des moyens adéquats d'une politique globale de la vieillesse au Québec.

Au autre document mérite attention. Le 17 novembre 1973, à l'occasion d'un symposium sur la gérontologie organisé à Montréal,

M. Aubert Ouellet, alors sous-ministre adjoint à la planification au Ministère des Affaires sociales, prononçait un discours important sur "la politique du Ministère relative à l'hébergement des personnes âgées". On pouvait y lire notamment:

> "Quels que soient ses mérites et son efficacité, une politique d'hébergement ne peut être que très partielle; elle ne peut constituer qu'un élément, si important soit-il, d'une politique d'ensemble sur les services aux personnes âgées. Le ministère travaille présentement depuis plusieurs mois à compléter cette politique; nous devrions normalement être en mesure de la rendre publique au printemps ou au début de l'été 1974.
>
> "Sans préjuger de ses modalités définitives, il nous est possible dès maintenant d'en préciser certains éléments majeurs. Cette politique sera axée sur les objectifs suivants:
>
> (1) favoriser l'autonomie et l'indépendance des personnes âgées, en respectant leur liberté de choix quant à l'organisation de leur vie;
>
> (2) favoriser la participation des personnes âgées au développement de leur milieu communautaire;
>
> (3) favoriser davantage l'épanouissement des personnes retraitées à l'intérieur d'activités productives, éducatrices, culturelles et sociales.

"A cette fin, il nous apparaît essentiel de mettre l'accent sur une gamme diversifiée de services pour permettre aux personnes âgées:

(1) de préparer adéquatement leur retraite pour que l'adaptation inévitable, lors de cette étape cruciale, soit la plus facile possible et qu'elles puissent utiliser au maximum tout leur potentiel au cours de leur retraite;

(2) de demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu de vie habituel.

"Ce dernier élément revêt une importance capitale. Pour atteindre ce but, il faudra adapter, le plus possible, les services généraux de santé et de services sociaux aux besoins particuliers des personnes âgées, investir dans l'immédiat dans le développement de services axés sur le maintien à domicile (soins à domicile et aide à domicile), et ouvrir les établissements de séjour prolongé sur la communauté pour qu'ils puissent offrir des services à la population âgée non hébergée. Il sera également nécessaire d'accentuer la collaboration avec les autres organismes gouvernementaux, particulièrement ceux qui sont responsables de l'habitation.

"La personne qui vieillit voit petit à petit ses capacités décroître en même temps qu'elle se voit de plus en plus mise de côté par la société. Elle perd progressivement sa place dans la communauté et il en résulte un profond sentiment d'insécurité et d'inutilité.

"Jusqu'à maintenant, la principale mesure offerte par le ministère des Affaires sociales était l'hébergement, qui répond aux besoins d'une partie seulement des personnes âgées. Au cours des prochaines années, nous voulons mettre à leur disposition un éventail de services, de façon à répondre aux besoins de l'ensemble de cette population tout en permettant une plus grande liberté de choix. Dans cette perspective, il nous faudra faire une pause dans le développement des ressources d'hébergement et faire porter bien davantage nos efforts sur les autres services." (Aubert, MAS, 1973).

On constate que dès cette époque, le MAS met l'accent sur la nécessité d'arrêter la construction d'institutions d'hébergement, autrement dit sur la désinstitutionnalisation. Or qu'en est-il quelques années plus tard? Le rapport Lazure "Pour mieux vieillir au Québec" (1980) nous fournit des indications précieuses. On peut y lire:

"Le centre d'accueil est destiné aux personnes âgées qui nécessitent une assistance régulière pour satisfaire à leurs besoins personnels. En plus du gîte et d'une alimentation appropriée, cette ressource spécialisée assure les soins médicaux et infirmiers requis. Elle offre de plus des activités de groupe.

"En 1979, le Québec comptait 280 centres d'accueil ainsi que 24 centres d'accueil reliés à des centres hospitaliers,

pour une capacité totale de 23,246 places. D'ici 1982, 5266 places s'ajouteront, grâce au développement d'une soixantaine de nouveaux centres d'accueil." (MAS, 1980). On constate une claire reprise à la hausse de l'institutionnalisation et non une pause comme cela était suggéré en 1973. Et pourtant, on lit page 13 :

> "Il n'y a pas si longtemps encore, l'institution (l'ancien hospice pour vieillards) constituait le principal service offert aux personnes âgées. Aujourd'hui, ces services sont beaucoup plus diversifiés afin d'éviter, dans la mesure du possible, le recours à l'hébergement dans une institution; la priorité est donnée au maintien à domicile. C'est pourquoi le ministère s'est doté d'une politique ainsi que de programmes en ce sens.
>
> "Les services à domicile sont composés essentiellement de deux types d'intervention: les soins à domicile qui procurent aux personnes âgées des soins infirmiers occasionnels ou réguliers, et l'aide à domicile qui apporte aux personnes âgées une aide matérielle ou physique dans l'accomplissement de certaines activités quotidiennes comme la préparation des repas, le lavage, le ménage, etc...
>
> "Par ces programmes, le ministère vise à améliorer les conditions de vie des personnes âgées vivant chez elles. De plus, ces services éviteront à certaines d'entre elles un long séjour à l'hôpital, et dans certains cas rendront inutile une admission dans un centre d'accueil."
> (MAS, 1980)

Sur le plan financier, on peut aussi lire dans le même document que le budget consenti aux services à domicile pour personnes âgées s'élevait en 1979 à environ 36,8 millions, alors que le budget de fonctionnement des centres d'accueil pour personnes âgées s'élevait en 1980 à 316 millions, sans compter les 174 millions prévus pour la construction de 5266 places nouvelles entre 1980 et 1982.

Autrement dit, si le discours est à la désinstitutionnalisation, la pratique est inverse. Le moment est donc venu de s'interroger sur les sources de cette contradiction, que la crise fiscale actuelle de l'Etat rend plus vive encore.

Une première série de raisons apparaissent dans la plupart des documents et recherches sur le sujet.

Tout d'abord, on assiste à un vieillissement interne de la population âgée. Non seulement la population âgée de 65 ans et plus s'accroît dans des proportions inquiétantes: de 5.8% (306.281) en 1961, les personnes âgées de 65 ans et plus sont passées à 8.6% (564.000) en 1981, et vont représenter 11.7% (873.000) de la population du Québec en 2001. Mais de plus, la proportion des 75 ans et plus s'accroît à un rythme plus élevé encore: en 1976, les hommes de 75 ans et plus représentent 30.2% de la population âgée masculine, les femmes 35.9% de la population âgée féminine. Accroissement en nombre et en proportion de la population âgée, mais surtout augmentation du pourcentage des très âgés, c'est-à-dire de ceux dont l'autonomie est la plus menacée et dont les besoins sont les plus

lourds. Ce poids démographique entraîne une première et importante pression des clientèles sur les gouvernements pour que ceux-ci organisent les services nécessaires, et en particulier multiplient les structures d'accueil et d'hébergement.

D'autre part cette pression des usagers et de leurs familles est d'autant plus vive que les services légers de maintien à domicile sont des plus limités. Le document "Pour mieux vieillir au Québec" indique "qu'en 1978, près de 5000 personnes âgées de 65 ans et plus pouvaient bénéficier de services à domicile, sur une base hebdomadaire" et que les centres de jour "rejoignent 4000 personnes sur une base hebdomadaire". Au total, 9000 personnes sur un total de 564.000, soit 1.59%, alors que les estimations de besoins se montent à 10% pour les services à domicile et 2.5% pour les centres de jour. (Documentation Française, 8ième plan, 1980).

Si cette première série de raisons sont de l'ordre de l'évidence, on peut se demander pourquoi les gouvernements ne priorisent pas davantage le maintien ou le retour à domicile, et donc la désinstitutionnalisation.

Pour répondre à ce questionnement, il nous faut d'abord mieux connaître certaines caractéristiques de la population âgée en institutions d'accueil, d'hébergement et de soins au Québec. Sans préjuger des résultats d'une recherche ultérieure plus approfondie, on peut d'ores et déjà dégager quelques constats d'importance, à partir des résultats concordants des principales recherches françaises, américaines et québécoises sur le sujet.

I. L'isolement est un facteur déterminant dans le fait de résider en institution. D'après une enquête française (Mizrahi-Moyse, 1977), 59.4% des bénéficiaires sont veufs ou veuves, 28.8% sont célibataires, 5.4% sont divorcés ou séparés, et 6.4% seulement sont mariés.

De très nombreuses études américaines corroborent ce premier constat. "The institutionnalized elderly had a disproportionately larger number of persons who had never married or were widowed than the non-institutionnalized elderly in the community" (Shanas, 1979). Brody va plus loin en affirmant: "The placement of elderly in either an institution or a community was not determined by their functional capacities. Rather, such placement was influenced by the absence of a caring unit in the form of spouse or children". (Brody et al., 1978). Wan et Wiessert ajoutent dans une importante recherche intitulée "Social Support Networks, Patient Status and Institutionnalization": "Social support networks might play an important role in improving both physical and mental functioning capacities, since those who had stranger or larger social support networks were more likely to have better functional levels" (Wan-Wiessert, 1981). Et Misrahi et Moyse ajoutent: "Cet isolement est encore accentué par le fait que près d'un pensionnaire sur deux (46.5%) n'a pas eu ou n'a plus d'enfant vivant..." et "pour les 46.1% des pensionnaires ayant au moins un enfant vivant dont l'existence est connue, 65.6% n'ont pas d'enfants résidant dans l'agglomération où se trouve l'établissement" (Misrahi-Moyse, 1977).

II. L'origine sociale des bénéficiaires semble être un second facteur déterminant d'institutionnalisation. De l'échantillon choisi par Misrahi et Moyse, on note que:

18.8% exerçaient une profession agricole

15.6% étaient ouvriers, dont 11.6% d'ouvriers sans spécialité et de journaliers

10% étaient des personnels de service

6.5% étaient cadres ou membres des professions libérales

5.8% étaient artisans et commerçants

5.7% étaient employés, dont 4.4% d'employés de bureau.

Les anciens salariés forment 49.4% de l'échantillon. 1.6% des hommes, mais 32.7% des femmes n'ont jamais exercé d'activité professionnelle.

Nous ne disposons pas pour le moment d'études québécoises sur cette population institutionnalisée. La recherche ultérieure devrait permettre le recueil des données pertinentes à cet égard.

III. La grande majorité des bénéficiaires sont entrés en institution en venant directement de leur domicile privé, où ils vivaient seuls dans la majorité des cas.

La cause officielle essentielle d'entrée en établissement est une détérioration de l'état de santé, soit directement mentionnée, soit ayant entraîné d'abord un séjour en centre hospitalier suivi d'un placement en centre d'accueil ou en centre hospitalier de soins prolongés: 51.3% des cas selon l'enquête de Mizrahi et Moyse. Viennent ensuite: la solitude à la suite du décès du conjoint (6.4%), ou du

départ des personnes avec qui vivait le bénéficiaire (4.9%); les difficultés avec la famille (10.4%); les difficultés liées au logement (3.6%); la peur ou l'impossibilité de vivre seul (5.8%). Rappelons qu'il s'agit de motifs officiels, c'est-à-dire déclarés et consignés au dossier des bénéficiaires. Nous ne disposons malheureusement pas d'une étude qui permettrait de croiser ces motifs "officiels" avec les causes réelles de l'entrée en institution pour personnes âgées.

IV. Une étude approfondie des mouvements dans l'institution elle-même permet de constater que "le glissement des services de valides vers ceux des non-valides ou de soins est très net, durant le séjour dans l'institution jusqu'au moment où le pensionnaire la quitte" (Mizrahi-Moyse, 1977).

L'ensemble des recherches québécoises sur le sujet corrobore ces résultats, à quelques nuances près. Nous insisterons en particulier sur la plus récente d'entre elles, effectuée par Claude Sicotte, du Service de l'Evaluation Santé à la direction de l'évaluation des programmes du Ministère des Affaires Sociales (MAS, 1982).

Après avoir insisté sur le chevauchement des clientèles entre le centre d'accueil et d'hébergement et le centre hospitalier de soins prolongés, après avoir constaté le manque et le déséquilibre des ressources requises en regard des besoins de la clientèle de ces deux types d'institution, Claude Sicotte en vient à la clientèle elle-même:

"L'analyse des niveaux de services requis par les bénéficiaires étudiés a permis de confirmer qu'une partie importante de cette clientèle ne semble pas requérir l'encadrement fourni par les CAH et les CHSP. Sur la base des besoins de soins infirmiers, d'organisation matérielle et de surveillance, il appert que 34% (45.3% en CAH et 14.1% en CHSP) des bénéficiaires hébergés pourraient voir leurs besoins satisfaits à l'extérieur de ces établissements.

"Ces résultats sont le fruit d'une estimation statistique. Pour valider cette estimation, une demande spéciale fut formulée auprès des équipes multidisciplinaires (médecin, infirmière, travailleur social, ergothérapeute et physiothérapeute), qui, pour le compte de cette étude, déterminaient les services requis par les bénéficiaires. Cette demande consistait à identifier, à partir d'un sous-échantillon de 450 bénéficiaires, ceux qui pouvaient être pris en charge à l'extérieur de ces établissements. L'écart observé entre ces jugements professionnels et l'approche statistique n'est que de 2%, ce qui permet d'avoir un certain degré de confiance en la méthode utilisée.

"Avant de pousser plus à fond l'analyse, il est important d'effectuer immédiatement de sérieuses mises en garde contre une interprétation que certains peuvent rapidement faire de ces résultats. Il ne doit pas être conclu qu'il faille à court terme sortir de ces établissements un nombre aussi

considérable de bénéficiaires. Premièrement, parce que ces personnes se sont identifiées au fil des années à ce nouveau milieu de vie. Deuxièmement, parce que le milieu social dans lequel vivaient antérieurement ces personnes s'est profondément modifié est devenu possiblement encore moins capable de les soutenir que lors de leur admission en établissement. Enfin, parce que la désinstitutionnalisation de cette clientèle requiert d'importants développements de services à domicile et des ressources alternatives qui ne s'effectueront qu'avec les années.

"Loin de minimiser toutefois la possibilité révélée par de récents sondages et expériences quant à la désinstitutionnalisation à moyen terme d'une partie de cette clientèle, les conclusions à tirer de ce constat s'adressent davantage à la précision des caractéristiques des bénéficiaires qui devront éventuellement présider à leur admission dans ces établissements.

"L'analyse s'est poursuivie afin de connaître si la réalité décrite ci-haut est susceptible de se modifier dans un proche avenir. Les résultats de deux recherches réalisées de façon indépendante à la présente étude permettent de répondre à la négative à cette interrogation.

"La première recherche réalisée en novembre 1980 par les centres de services sociaux des régions 01, 03, 04, 05, 6A et

6B, porte sur les listes de bénéficiaires en attente d'admission en CAH et CHSP. Cette étude révèle que sur les quelques 6,600 personnes inscrites sur ces listes, 33% étaient classées A1 et A2, donc susceptibles normalement de se voir refuser l'admission en CAH et CHSP. Des 66% des bénéficiaires classés A3, A4 et chroniques, 38% étaient déjà en institution. Cette clientèle n'exerce donc pas une pression nouvelle sur le réseau des Affaires sociales mais requiert un transfert à l'intérieur de ressources déjà existantes de ce même réseau. Restent donc uniquement 28% des personnes en attente d'admission qui vivent à domicile et qui sont classées A3-A4 et chroniques. C'est cette clientèle qui exerce une pression réelle sur le réseau.

"Une transposition rapide de ces données à l'ensemble du Québec permet d'évaluer à environ 2600 le nombre de personnes qui sont actuellement sur de telles listes d'attente et qui pourraient nécessiter une admission en CAH et CHSP.

"La deuxième étude fut réalisée par une équipe de chercheurs de l'Université de Montréal (EROS). Cette étude avait pour but d'évaluer sur une base échantillonnale, les besoins de la population âgée vivant à domicile dans la région socio-sanitaire de Montérégie (région 6C). Cette évaluation a été réalisée avec les mêmes instruments que ceux utilisés

par la présente étude. Elle révèle que 3.1% de ces personnes ont des besoins pouvant requérir l'institutionnalisation. Toutefois, 2.7% de ces dernières voient leurs besoins comblés en partie ou en totalité par leur entourage immédiat. Il en résulte donc que uniquement 0.4% des personnes vivant à domicile semblent vraiment requérir l'admission en établissement. Transposées à l'ensemble du Québec, ces données indiquent qu'environ 2000-2500 personnes âgées qui vivent à domicile possèdent les caractéristiques pouvant justifier leur admission en établissement.

"En analysant tant les listes d'attente des CSS que les besoins de la population âgée vivant à domicile, il est possible de conclure qu'il n'y aurait pas assez de bénéficiaires "lourds" (classes A3-A4 et chroniques) pour combler les places qui seront laissées vacantes par le départ éventuel des cas qui furent identifiés antérieurement comme pouvant être hors établissement.

"La question était dès lors de connaître les raisons pour lesquelles des personnes âgées qui n'ont pas subi de pertes importantes de fonctionnalité et d'autonomie désirent quitter leur domicile et demandent leur admission en établissement. Une autre étude du Ministère est révélatrice à ce sujet. Elle vise à évaluer la politique de maintien à domicile du Ministère et elle révèle qu'un fort pourcentage de personnes âgées demande l'admission dans ces établissements

afin de pallier aux carences de leur environnement social (isolement) et de leur environnement physique (conditions de logement)." (Sicotte, MAS, 1982)

On nous pardonnera la longueur de cette citation. Elle nous est apparue essentielle en regard de la problématique de la désinstitutionnalisation. En bref, plus du 1/3 des personnes âgées institutionnalisées ne devraient pas l'être et ne le seraient pas si leur environnement physique et social était satisfaisant. D'autre part, une désinstitutionnalisation systématiquement organisée de ces bénéficiaires et compensée par l'institutionnalisation de tous ceux qui, sur les listes d'attente, correspondent aux critères adéquats d'admission (entre 2000 et 2500), laisserait vacantes plusieurs milliers de places d'hébergement qui coûtent chacun 10,000$ par année aux contribuables, sans compter l'investissement (33 000$ par lit)!! On voit bien que l'institutionnalisation ne correspond pas à une logique rationnelle: elle coûte cher et elle est inutile dans 1 cas sur 3, sans compter qu'elle peut invalider des personnes au départ autonomes physiquement et mentalement. Il faut donc chercher ailleurs les raisons réelles de cette institutionnalisation.

Dans une première série d'hypothèses, nous ferons appel aux origines historiques de l'institutionnalisation des personnes âgées. Dans un deuxième temps, et en complément, nous dégagerons ce qui nous paraît être la seule hypothèse validable dans le cadre de la recherche principale qui reste à faire.

*

* *

Il nous a d'abord paru fécond de faire mention des travaux de Françoise Jandrot-Louka et Jean-Michel Louka, chercheurs au laboratoire d'anthropologie sociale du Centre d'Etude, de Documentation et de Recherche en Sociologie (CEDRES, 1979). Les auteurs s'intéressent surtout à la psychiatrisation des hospices français, mais leur analyse nous est apparue tout à fait transposable pour éclairer le processus québécois d'institutionnalisation des personnes âgées dites "dépendantes" (puisque 34% d'entre elles ne le sont pas et vivent pourtant en institution).

Pour les auteurs, l'institution hospiciale est celle d'un rejet social: "L'hospice est avant tout localisé, c'est un lieu de l'hospitalité octroyée à la différence, bien avant que de devenir un lieu pour l'indifférence".

L'institution actuelle est le résultat d'une succession de coupures idéologiques correspondant aux rapports et aux luttes de pouvoir entre diverses catégories de clercs, ecclésiastiques, rois, princes, agents de l'Etat, juristes, médecins et autres personnels paramédicaux, et technocrates. Coupure entre les infortunés et les autres, entre les miséreux et les paresseux, entre les malades et les autres, entre les malades et les aliénés, etc., coupures consacrées et concrétisées par une institution:

> "Ainsi la notion idéologique d'aide sociale s'est toujours vue référée à une structure d'accueil, à une institution à fonction sociale d'assistance charitable ou de secours, à fonction politique de contrôle social de populations

exclues, dangereuses, stigmatisées ou improductives. Cette assistance s'est dialectisée, non sans difficultés, entre le secours à domicile ou en établissements hospitaliers... L'hospice est ancré dans l'idéologie de la charité devenue celle de l'assistance et du secours et représente la pierre angulaire de la politique de contrôle et de manipulation des populations démunies dont elles constituent la cible. Mais, lorsque l'on passe historiquement et politiquement de la notion de charité chrétienne de la pauvreté à celle de l'assistance et du secours de l'indigence en termes de gestion et d'administration institutionnalisées des assistés, on transforme immanquablement l'assistance en contrôle social, l'institution en établissements de l'enfermement...

"Ce qui prime, c'est l'enfermement dans le but du contrôle, de la tutellarisation morale, de la mise à l'écart, hors de la vue et des échanges. L'hospice, c'est l'instrument du hors-jeu social, l'outil institutionnel privilégié de la marginalisation des populations impuissantes face à toutes les formes du pouvoir." (Louka-Louka, 1979)

A cela s'ajouteraient les services à domicile, en milieu ouvert, non en opposition à l'institution d'hébergement et de soins, mais dans le prolongement même de son pouvoir de contrôle. La médicalisation des institutions hospiciales se complèterait d'une sectorisation extérieure à l'institution mais contrôlée par elle, et donc obéissant à la même

logique de pouvoir sur une "société thérapique généralisée", derrière un discours idéologique rassurant (prévention de l'inadaptation):
"La psychiatrie se réorganise en se détournant de l'espace hospitalier de l'asile pour porter ses regards, ses expertises, son savoir et son pouvoir dans le champ social total... Le but est moins de traiter un individu isolément que d'influer par l'hygiène mentale sur son environnement et de manipuler des populations entières... Si la psychiatrie sort de l'hôpital psychiatrique, c'est avec elle le psychiatre et le paradigme de la relation thérapeutique, duelle, savante, professionnelle, paternaliste, sans appel, à la fois diagnostique, pronostique et irréfutable... C'est le "secteur" qui a permis ce passage dans les faits de l'internement à l'interventionnisme généralisé de la psychiatrie, ce passage du paternalo-moralisme musclé à la violence symbolique de l'interprétation..." (Louka-Jandrot-Louka, 1979).

Ainsi l'institutionnalisation des personnes âgées ne serait qu'un mode de gestion contrôlante et de renfermement de populations d'autant plus marginalisées que d'une part leur vie n'est plus "sociale" - ils ne sont plus ni producteurs ni consommateurs - et que d'autre part elles sont des "êtres-pour-la-mort" (Guillemard, 1972):

> "Cette dénégation de la mort est un déni pervers, exemplifiant le mode de jouissance actuel des stratégies de pouvoir du contrôle social des populations marginalisées, vastes machines à produire de la mort... Il y a dans l'institution perdurante de l'hospice - qui a été inventée précisément pour s'opposer à la logique de la mort - quelque chose de

> sadien qui pour neutraliser/anéantir le désir des uns (les hospiciés) réclame "quand même" la mort, afin de préserver l'unique possibilité ainsi définie de la jouissance des autres (les non hospiciés). L'hospice refuse la "peine de mort" immédiate, euthanasiante, mais c'est au prix d'un détour à la fois "humaniste" et totalitaire par la charité-assistance-prévention et grâce aujourd'hui à l'interventionnisme multiforme de la psychiatrie de secteur, qu'il condamne en "longs séjours"." (Louka-Jandrot-Louka, 1979)

Une analyse qui, comme on le voit, rejoint directement nos préoccupations thanatologiques. Une analyse dont la virulence précise doit nous amener à des transpositions prudentes: il s'agit des hospices français et de leur "mariage d'oraison" avec la psychiatrie. Mais il nous paraîtrait mal venu de se priver d'une aussi riche interprétation, et pour la transposition de laquelle il pourrait suffire, à ce stade-ci de la recherche, de remplacer "hospice" par "institution gériatrisée", "psychiatrie" par "médecine" et "secteur" par "services à domicile". A ce risque pris, on ne manquerait pas de mieux mesurer la racine hospiciale de l'institutionnalisation et de mieux éclairer ses fonctions sociale et politique. Ce qui nous amène à dégager notre hypothèse.

*

* *

Pour cerner cette hypothèse, il est nécessaire de partir des résultats des travaux sociologiques d'Anne-Marie Guillemard (La retraite, une mort sociale, Mouton, 1972). L'auteure définit ainsi sa perspective théorique: "Saisir ce que la vieillesse doit au système social dans lequel elle s'insère implique que l'on mette en lumière les relations qu'elle entretient avec la structure des rapports sociaux qui est au fondement de la société considérée. Dès lors les conduites des personnes âgées ne sont plus analysées en tant que réactions psychosociologiques à une situation définie par la position sur l'échelle d'âge. Elles sont considérées en tant que pratiques sociales, c'est-à-dire en tant qu'exprimant la structure des rapports sociaux... Le procès de distribution des sujets sociaux à chaque étape d'âge s'inscrit dans le procès général de reproduction des rapports de classe. Le maintien de l'ordre social qui fonde un système social suppose à la fois la reproduction du système de classes et la reproduction des agents sociaux dans ces positions de classe. Etudier la vieillesse en fonction de cette perspective revient à se demander ce que la vieillesse doit à ce processus de distribution des agents sociaux dans un système de places sociales selon lesquelles les agents ont été, tout au long du cycle de vie, par le jeu des déterminismes sociaux, requalifiés pour occuper ces positions et assujettis à celles-ci".

A partir d'une étude empirique portant sur un échantillon de 1000 retraités français, anciens salariés et représentatifs des divers strates de qualification professionnelle, Anne-Marie Guillemard a pu dégager cinq types de pratiques de retraite, largement déterminés par le niveau et la nature des ressources matérielles et intellectuelles,

biens et potentialités, accumulées et épargnées durant la vie de travail. L'absence de ressources détermine une pratique de retraite axée sur le biologique. La présence de ressources accumulées détermine des pratiques qui se définissent par la réinsertion dans l'organisation sociale. Mais si le niveau de ces ressources est contradictoire, l'acteur social entreprendra une action visant à contester et à transformer la société ou à se sur-intégrer à celle-ci en acceptant la place qui lui est assignée par le système social.

Or "dans une société où l'acteur social est avant tout un agent producteur disposant de sa force de travail et où le non-travail est défini comme l'envers du travail, la retraite est un temps vide où seuls se manifestent les mécanismes hérités du passé. La retraite n'est donc que la reproduction de la vie active, avec une différence cependant: il s'agit d'une reproduction détériorée de ce qu'ont été les vies de travail et de loisirs antérieurs".

On a réduit ici au minimum l'essentiel de l'apport théorique capital d'Anne-Marie Guillemard, dans la mesure où ce minimum permet de poursuivre notre cheminement, et en particulier de dégager notre hypothèse centrale: <u>le procès d'institutionnalisation/placement est d'abord déterminé par l'appartenance de classe</u>. La perte d'autonomie physique et/ou mentale, si fréquemment pour ne pas dire toujours mise de l'avant comme critère déterminant de l'institutionnalisation, n'est en fait qu'une conséquence concrète d'une détérioration liée à l'appartenance de classe. Nous disons bien "classe sociale" et non: statut socio-économique. Comme l'écrit encore Anne-Marie Guillemard:

"Le concept de stratification sociale, contrairement au concept de classe sociale, différencie des groupes, sans que le principe et la logique de leurs différences soient clairement posés. Le métier et le revenu ne sauraient suffire, ni séparément, ni conjointement, à définir les classes sociales. Tout au plus permettent-ils de diviser la population en strates supérieures, moyennes et inférieures. Les groupes ainsi constitués représentent de simples agrégats. Il est possible d'analyser différentiellement leurs caractéristiques. Mais on ne peut guère dépasser le constat de régularité entre l'appartenance à une strate et les conditions et modes de vie de la vieillesse. En caractérisant seulement les groupes par une position relative dans une échelle de stratification continue, on s'interdit de remonter à l'étude des processus sociaux constitutifs de l'hétérogénéité constatée. Le concept de classe sociale propose au contraire une définition génétique des positions de classes, qui les relie directement aux mécanismes sociaux qui les génèrent... Les classes sociales se définissent non seulement par leur place dans le procès de production,mais également par leurs positions dans le politique et l'idéologique".

On retrouve ici la définition de Poulantzas: "Les classes sociales ne se présentent pas, disons-le tout de suite, comme l'effet d'un niveau structurel particulier - par exemple la structure économique - sur un autre niveau structurel - la structure politique ou la structure idéologique, à l'intérieur donc de la structure, mais bel et bien comme l'effet global des structures dans le domaine des

rapports sociaux qui, eux-mêmes, connotent, dans les sociétés de classe, la distribution des agents-supports en classes sociales: et ceci dans la mesure où les classes sociales déterminent la place des agents-supports par rapport aux structures d'un mode de production et d'une formation sociale" (Poulantzas, 1967).

Ce que nous chercherons donc à démontrer, c'est la double hypothèse suivante:

1. Moins il y a de biens et de potentialités accumulées, plus il y a dépendance socio-économique, et plus il y a institutionnalisation, contrôle et enfermement, en échange de la sécurité.
2. L'institutionnalisation est différenciée selon l'appartenance de classe. Pour les classes populaires, c'est l'institutionnalisation-placement, du moins pour ceux qui ont survécu, et il faudra insister d'abord sur la mortalité différentielle jusqu'à l'âge de la retraite. Pour eux, la mort biologique n'a pas immédiatement suivi la mort sociale liée à l'absence de ressources épargnées durant la vie de travail. L'organisation-encadrement de leur "accueil", de leur hospitalisation et de leur mort constitue une priorité réelle. Par contre, pour les retraités des classes moyennes, c'est, à des degrés divers et sous des formes dont la différenciation devra être expliquée, la désinstitutionnalisation/dé-placement/institutionnalisation à travers les services directement contrôlés par l'Etat et plus ou moins auto-financés par les intéressés, et dans un encadrement idéologique raffiné.

Rappelons l'une des conclusions du rapport de Claude Sicotte: "Sur la base des besoins de soins infirmiers, d'organisation matérielle et de surveillance, il appert que 34% (46.3% en CAH et 14.1% en CHSP) des bénéficiaires hébergés pourraient voir leurs besoins satisfaits à l'extérieur de ces établissements" (MAS, 1982). Si donc l'institutionnalisation-placement de ces personnes âgées n'est pas objectivement nécessaire du strict point de vue médico-professionnel, et si d'autre part une analyse de leurs dossiers - à partir d'un échantillon représentatif - permet de constater qu'une majorité d'entre elles appartiennent aux classes dominées, la preuve sera faite que, derrière l'incohérence de la gestion, il faut trouver une logique différente de leur institutionnalisation. Nous disons bien une "logique" et non "stratégie", c'est-à-dire le résultat concret d'un jeu de mécanismes sociaux déterminants. Car si ces placements sont injustifiés, ils n'en sont pas moins bel et bien réels: c'est qu'ils doivent donc correspondre à un processus social clair à savoir : l'échange de la sécurité contre une plus grande dépendance.

Autrement dit, le réel problème ne se pose pas en termes d'institutionnalisation/désinstitutionnalisation, comme s'il suffisait de dégager de notre imagination les moyens techniques et financiers nécessaires. L'irrationnalité économique même du processus d'institutionnalisation démontre la nécessité de percevoir une autre logique: celle de la sélection et de "l'enfermement" des survivants d'une classe particulière, dont la dépendance physique ou mentale n'est que l'apparence et le résultat d'une dépendance socio-économique. Une étude

attentive des dossiers d'un échantillon représentatif de l'ensemble de la population hébergée - et en particulier des 34% qui ne devraient pas être en institution - devra nous permettre de vérifier le bien-fondé de cette hypothèse.

IVième PARTIE

VERS DES ALTERNATIVES

On aura vu que l'institutionnalisation en tant que processus de placement obéit à une logique de contrôle et ne peut que renforcer une dépendance multiforme des retraités. Cette dépendance est d'autant plus contraignante que les retraités ont moins de pouvoirs et de droits reconnus pour exercer individuellement et collectivement leur capacité instituante. C'est-à-dire d'une part leur capacité de gérer les institutions qui assurent la prise en charge des réponses à leurs divers besoins, d'autre part leur capacité de se donner par eux-mêmes et pour eux-mêmes les outils instituants aptes à répondre aux besoins et aux aspirations qu'ils définiraient et exprimeraient directement. Autrement dit, capacité de contrôle à l'intérieur des institutions existantes et capacité d'autonomie dans la création d'institutions alternatives. Cette distinction entre contrôle et autonomie, qui reste à approfondir, nous sera très utile pour dégager des perspectives concrètes pour l'avenir immédiat ou plus lointain. Mais avant d'aborder quelques alternatives, à la fois à l'extérieur et à l'intérieur de l'institution d'accueil elle-même, il convient d'insister d'abord sur les difficultés spécifiques de cette recherche d'alternatives.

Une première série de difficultés tient aux caractéristiques de la population-cible. Les différences qualitatives dans l'autonomie et la dépendance, la polypathologie, la relative résistance à une guérison définitive, et le désintérêt qui en découle de la part des personnels, le fait qu'ils soient potentiellement considérés comme une clientèle à long terme, la multiplicité de leurs besoins qui

fait qu'aucun travail spécialisé ne peut être efficace, leur improductivité économique et leur dépendance sociale rendent très difficile la mise en place d'une politique globale efficace (Illsey, 1981).

De nombreuses études insistent par ailleurs sur les difficultés et les échecs d'une désinstitutionnalisation. Les unes ont insisté sur la détérioration qu'elle entraîne (Aldrich et Mendkoff, 1963; Bourestrom et Tars, 1974; Kasteler, 1968; Killian, 1970; Markus et al., 1972; Miller et Liberman, 1965; Pablo, 1977); d'autres ont mis l'accent sur ses avantages (Gutman et Herbert, 1976; Novick, 1967; Zwein et Csank, 1975). Quant à Wells et Macdonald, ils notent: "Involuntary relocation creates major disruptions in the lives of older people" (Wells et Macdonald, 1981). Rosalie et Robert Kane s'attachent à dépasser la dichotomie entre les soins institutionnels et les services extra-institutionnels et suggèrent une sérieuse évaluation du processus de désinstitutionnalisation (Kane, 1980), en termes d'efficacité réelle et sur le plan des coûts effectifs (Pegels, 1980). Enfin dans un article important, Powell Lawton évoque les principes suivants:

1. La plupart des personnes âgées préfèrent vivre dans l'indépendance aussi longtemps que possible plutôt que d'entrer en institution.
2. Les institutions pour personnes âgées risquent de déshumaniser l'individu.
3. La possibilité de rester intégré à la communauté dépend du soutien adéquat de services de base.
4. La réalité de la perte d'autonomie sociale et des changements physiques et mentaux exigera toujours le recours à des institutions.

5. Les appels aux planificateurs et aux législateurs pour un développement des services communautaires doivent être fondés sur les possibilités d'économiser et sur les bienfaits qu'ils peuvent procurer à une plus grande partie de la population, et non sur leur capacité à prévenir l'institutionnalisation (Lawton, 1978).

Claude Sicotte en arrive aussi à insister sur le fait "qu'il ne doit pas être conclu qu'il faille à court terme sortir de ces établissements un nombre aussi considérable de bénéficiaires" (MAS, 1982).

*

* *

Ces précautions étant prises, il n'en demeure pas moins vrai que des alternatives à l'institutionnalisation existent, qui pourraient être moins coûteuses, plus efficaces et plus proches des désirs des intéressés. Faut-il rappeler d'abord l'urgente nécessité de développer une série de services différenciés, mais coordonnés, pour favoriser le maintien à domicile: aide ménagère, repas à domicile, pédicure, coiffure, aide aux handicapés, loisirs et information, conseils et orientations de référence, transports adaptés, etc? Faut-il rappeler ce qu'une étude hollandaise de 1978 met en relief, à savoir que le Canada dispose de 15 "home helpers" pour 100,000 habitants alors qu'entre autres, la Suède en a 923, la Hollande 599, l'Angleterre 265, les Etats-Unis (qu'on dit plus en retard) 28! (International Council on Home-Help Services, 1978). On ne trouve

en arrière de ce tableau que la France (14.3), Israël (10.6) et le Japon (7.7)! Le manque flagrant de services à domicile, quantitativement et qualitativement, est un grand responsable de la croissance de l'institutionnalisation. Et nous citerons encore le document du MAS:

> "Premièrement ce réseau subit actuellement de fortes pressions pour son développement (plus de 10,000 personnes sur les listes d'attente). Par contre, une proportion importante (34%) des bénéficiaires qui y sont actuellement hébergés pourraient être pris en charge par des ressources "plus légères". Cette situation ne semble pas être en mesure de se modifier dans un proche avenir car 33% des bénéficiaires actuellement en attente d'admission sont des cas dits "légers" (classes A1-A2) et seulement 2000 à 2500 personnes âgées qui vivent à domicile possèdent les caractéristiques pouvant justifier leur admission dans ces établissements. Cette situation semble être en grande partie explicable par le fait que faute d'autres ressources alternatives à leur domicile, les personnes âgées s'adressent aux CAH et CHSP pour pallier les carences de leur environnement physique (condition de logement) et social (isolement)*" (C. Sicotte, MAS, 1982).

La création de logements adaptés est une deuxième alternative tout aussi importante. On compte en 1982 25,267 unités de logements (HLM et OMH) pour personnes âgées au Québec, soit 5% environ des usagers potentiels, sans compter l'amélioration de 1200 logements par année.

---

* C'est nous qui soulignons.

D'autre part, de nombreuses études ont été consacrées au support des familles, comme alternatives à l'institutionnalisation des personnes âgées, et à l'utilité de ces alternatives (Lindsey et Hugues, 1981; Howe, 1979; Anantharaman, 1981), à condition d'apporter le soutien nécessaire aux familles concernées.

Quant aux familles d'accueil, de nombreuses recherches ont insisté sur la qualité des soins et l'économie substantielle réalisée par cette formule mixte. (Pfeiffer, 1973; Bradshaw, Deines et Tyler, 1975; Kisten et Morris, 1972; Bradshaw, Vonderhaar, Kiney, Tyler et Harris, 1976). Rappelons qu'au Québec environ 2000 personnes âgées bénéficient de ce type d'alternative, soit 0.45% de la population âgée de 65 ans et plus.

A signaler aussi les centres de jour, dont 40 sont déjà implantés au Québec (MAS, 1980) et les hôpitaux de jour, en particulier pour les cancéreux en phase préterminale ou certains malades chroniques (Wilkes, Growther et Greaves, 1978).

Mais cette première série d'alternatives extra-institutionnelles, si elles étaient mises en place et développées dans la même logique que les institutions, risqueraient d'en prolonger le paternalisme (Halper, 1980) et donc d'aboutir à une institutionnalisation déguisée des personnes âgées. Autrement dit, encore faudrait-il que les usagers et leurs familles puissent d'une part exercer un contrôle réel sur les alternatives déjà mises en place, d'autre part avoir les moyens et le support nécessaires pour concevoir par eux-mêmes le type de

services qui leur paraissent le plus adaptés à leur condition et à leurs besoins. Faute de quoi on assiste à un simple dé-placement institutionnel qui vise moins à favoriser l'autonomie qu'à établir un nouveau modèle de contrôle et de quadrillage une fois de plus hors de la portée du choix des intéressés.

*

* *

Il est aussi possible de concevoir des alternatives à l'intérieur même de l'institution. En effet, dans la mesure où d'une part l'institutionnalisation ne se limite pas au placement en institution et s'élargit en processus de contrôle et où d'autre part l'entrée en CA ou CHSP est suivie le plus souvent d'un glissement dans une dépendance physique et/ou mentale accrue, il est nécessaire de prévoir des interventions qui, toutes limitées qu'elles soient, devraient permettre aux "bénéficiaires" de garder ou d'augmenter leur capacité de contrôler les conditions qui leur sont faites. En effet, "depersonalizing and deshumanizing effects can result from the interaction of the disease process with qualities of institution... The majority of studies have shown that larger institutional size and private ownerships were negative factors. High level of staff training and affiliation with universities seem desirable. More and more studies have shown that qualities of the physical environment affect outcome, particulary those of patient satisfaction with care" (Linn, 1982).

Et Dudley et Hillery, dans un document intitulé "Freedom and Alienation in Homes for Aged" concluent leur recherche en disant: "When compared to residents in other types of organizations, the

residents of homes for the aged exhibit higher scores on alienation and the second highest scores on deprivation of freedom... In general, considering age, deterioring physical capacity, and separation from primary groups, one could expect an increase in alienation... Thus we conclude that the level of alienation, in part, results from the placing of social restriction of the residents' ability of actors to make choice... The type of freedom is related more to the structural characteristics of these organizations than to the personal characteristics (age, physical health) of the residents" (Dudley et Hillery, 1977). Une autre étude, de Fawcett , Stonner et Zepelin, insiste également sur l'importance de la capacité de contrôle et du sentiment qu'on peut influencer la vie de l'institution comme déterminants du bon moral des bénéficiaires et donc de leur meilleure santé (Fawcett, Stonner et Zepelin, 1980). Sarah Fuller va plus loin: "The freedom to control the meaningful aspects of one's life, whether it be by cognitive, behavioral, or decisional means, appears to be a strong counterforce for the physical, psychological and social decline frequently observed in elderly people... The expectation of controllability is crucial to the well-being of elderly people in general" (Fuller, 1978).

Signalons enfin l'étude comparative de la perception de la possibilité de choix pour les femmes âgées institutionnalisées et pour les non-institutionnalisées: "Elderly females living in the relatively more restrictive environments provided by institutions, perceived themselves to have significantly less choice and earned

lower latitude of choice scores than did elderly females living in community... Moreover, information about the importance and perceived freedom of choice associated with specific activities could have important practical applications. For example, it might be possible to make changes in physical settings or practices that would increase latitude of choice and perhaps self concept and life satisfaction" (Hulicka, Morganti et Cataldo, 1975).

On voit que toutes les modifications à apporter soit dans la structure institutionnelle soit dans son fonctionnement quotidien doivent viser à assurer une plus grande liberté de choix aux bénéficiaires. Comme le soulignent Swain et Harrison: "In conjunction with material improvements, staff in nursing homes need to be sensitized to the kinds of issues... They need to be aware of the powerfully negative socio-psychological consequences inherent in <u>total</u> institution life. Important considerations to emerge are:

. a flexible routine which takes account of individual differences. This requises only a little imaginative reorganization and need not impose a prohibitive extra work load, especially in smaller etablishments.

. Recognition by staff that their interpretative scheme of inmate behaviour may reflect the institutional setting rather than individual malfunctioning. They should help to improve interpersonal relations.

. Individual privacy and autonomy need to be maximized rather than minimized. In particular, independant action on the part of the residents should be encouraged as far as possible.

In these ways the self fulfilling prophecy of the institutional perspective may at least be shaken, and some of the quality of life returned to those whose real problem is that they have survived" (Swain et Harrison, 1979).

Nous ajouterons qu'il nous paraît indispensable de ne pas se contenter d'une formation adéquate de l'ensemble des intervenants institutionnels impliqués dans le processus. La majorité des auteurs dont nous avons consulté les recherches insistent sur la nécessité de réformes structurelles, c'est-à-dire portant sur l'organisation du travail et les relations de pouvoir ou relations "instituantes" (Lourau, 1976) au sein de l'établissement. Comment préserver en effet l'autonomie, ou du moins la capacité de choix et de contrôle des bénéficiaires si la division du travail et la hiérarchisation entraînent une plus grande dépendance des personnels eux-mêmes? On ne peut que s'inquiéter à cet égard de l'introduction progressive d'une organisation néo-taylorienne du travail dans les institutions de soins et d'hébergement pour personnes âgées. La mise en place du système PRN obéit à une logique de rentabilité du travail plus qu'à une perspective animative.

*

* *

Nous avons bien conscience de n'avoir fait qu'un survol rapide des possibilités d'alternatives extra-institutionnelles et institutionnelles. Ce premier texte s'est efforcé de dégager des voies que la recherche ultérieure et principale devrait permettre d'élargir et de préciser.

ANNEXE BIBLIOGRAPHIQUE

Il existe une masse innombrable de documents et d'ouvrages de référence.

Nous n'avons mentionné ici que les documents et ouvrages cités et/ou utilisés au cours de cette recherche préliminaire.

Ière PARTIE

A propos du concept d'institution et de l'analyse institutionnelle

1. Ouvrages et documents de référence cités dans le rapport

BONALD, L.A. (de). Théorie du pouvoir politique et religieux dans la société civile démontrée par le raisonnement et par l'histoire, in Oeuvres Complètes, Paris, 1859.

CALVIN, J. L'institution chrétienne, Benoit, Paris, 1957.

CASTORIADIS, C. L'institution imaginaire de la société, Seuil, Paris, 1975.

DURKHEIM, E. De la division du travail social, Paris, 1893.

_____. Les règles de la méthode sociologique, Alcan, Paris, 1895.

FOUCAULT, M. Histoire de la folie à l'âge classique, Gallimard, Paris, 1976.

_____. Naissance de la clinique, PUF, Paris, 1978.

HEGEL, G.W.F. Principes de la philosophie du droit, Paris, 1940.

LANGLOIS, J. Qu'est-ce que le pouvoir politique? Essai de problématique, Anthropos, Paris, 1982.

LAPASSADE, G. L'analyseur et l'analyste, Gauthier Villars, Paris, 1971.

_____. L'autogestion pédagogique, Gauthier Villars, Paris, 1971.

_____. L'arpenteur, L'Epi, Paris, 1971.

LAPASSADE, G. Groupes, organisations, institutions, Gauthier Villars, Paris, 1970.

LEVI-STRAUSS, C. Anthropologie structurale, Plon, Paris, 1969.

LOURAU, R. L'analyse institutionnelle, Minuit, Paris, 1976.

_____. L'Etat-inconscient, Minuit, Paris, 1978.

MAISTRE, J. de. Essai sur le principe générateur des constitutions politiques, in Oeuvres Complètes, Lyon, 1884-1887.

MALINOWSKI, B. Une théorie scientifique de la culture, Maspéro, Paris, 1968.

MARX, K. Critique de la philosophie du droit de Hegel, in Oeuvres Philosophiques, Costes, Paris, 1935.

_____. Le Capital, Garnier-Flammarion, Paris, 1969.

MERLEAU-PONTY, M. Les aventures de la dialectique, Signes, Paris, 1960.

MONNEROT, G. Les faits sociaux ne sont pas des choses, Gallimard, Paris, 1952.

RABELAIS, F. Oeuvres complètes, La Pléiade, Gallimard, 1955.

ROUSSEAU, J.J. Le Contrat social, in Oeuvres Complètes, La Pléiade, Gallimard, 1959-1969.

RIVAROL, A. Discours préliminaire, in Oeuvres Complètes, Paris, 1808.

SARTRE, J.P. Critique de la raison dialectique, Gallimard, Paris, 1980.

2. Autres principaux ouvrages et documents de référence consultés et utilisés

ALTHABE, G. Oppression et libération dans l'imaginaire, Maspéro, Paris, 1969.

ARDOINO, J. et al. L'intervention institutionnelle, Payot, Paris, 1980.

BASAGLIA, F. L'institution en négation, Seuil, Paris, 1970.

DELEUZE, G. Instinct et institutions, Hachette, Paris, 1953.

GENTIS, R. Les murs de l'asile, Maspéro, Paris, 1970.

GOFFMAN, E. Asiles, Minuit, Paris, 1968.

GUATTARI, P.F. Psychanalyse et transversalité, Maspéro, Paris, 1972.

GUIGOU, J. Critique des systèmes de formation, Anthropos, Paris, 1972.

HAURIOU, M. La théorie de l'institution et de la fondation, Bloud et Gay, Paris, 1925.

_____. Leçons sur le mouvement social, Larose, Paris, 1899.

HESS, R. La socianalyse, Editions Universitaires, Paris, 1975.

_____. La pédagogie institutionnelle aujourd'hui, Editions Universitaires, Paris, 1975.

HIRSCHMANN. Face au déclin des entreprises et des institutions, Editions Ouvrières, Paris, 1971.

LENINE, V. L'Etat et la révolution, Gonthier, Paris, 1964.

LOBROT, M. La pédagogie institutionnelle, Gauthier Villars, Paris, 1965.

_____. Pour ou contre l'autorité, Gauthier Villars, Paris, 1973.

_____. L'animation non-directive des groupes, Payot, Paris, 1979.

LOURAU, R. Analyse institutionnelle et pédagogie I et II, L'Epi, Paris, 1976.

_____. Les analyseurs de l'Eglise, Anthropos, Paris, 1972.

_____. L'analyseur Lip, UGE, coll. 10/18, Paris, 1974.

MENDEL, G. et al. Socio-psychanalyse, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, Payot, Paris, 1972 à 1980.

RENARD, G. La théorie de l'institution, Sirey, Paris, 1930.

RUEFF, C. La sociopsychanalyse institutionnelle, Connexions no 29, Paris, 1980.

TOSQUELLES. Pédagogie et psychothérapie institutionnelles, Paris, 1966.

TOURAINE. L'aliénation bureaucratique, Arguments no 17, Paris, 1960.

VASQUEZ, A., OURY, F. Vers une pédagogie institutionnelle, Maspéro, Paris, 1967.

IIième PARTIE

L'institutionnalisation étatique des services de santé dans le capitalisme d'après-guerre, sous le règne fordiste du rapport salarial.

1. Ouvrages et documents de référence cités dans le rapport

AGLIETTA, M. Régulation et crise du capitalisme, l'expérience des Etats-Unis, Calmann-Lévy, Paris, 1976.

BARON, A. et al. Croissance et crise, Maspéro, Paris, 1979.

BELANGER, P. et PLAMONDON, M. Usagers et travailleurs de la santé: hypothèses de recherche, Montréal, 1982 (inédit).

BOSQUET, M. Plaidoyer pour les médecines douces, Le Nouvel Observateur, Paris, 1980.

BRAVERMAN, H. Travail et capitalisme monopoliste, Maspéro, Paris, 1976.

LEVY, E. et al. La croissance des dépenses de santé, Economica, Paris, 1982.

RENAUD, M. Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un Etat "narcissique", in Médecine et Santé, les années 80, Coopératives Albert Saint-Martin, Montréal, 1981.

2. Principaux autres ouvrages de référence consultés et utilisés

ALTHUSSER, L. L'idéologie et les appareils idéologiques d'Etat, La Pensée, no 151, Paris, 1970.

ATTALI, J. La nouvelle économie française, Flammarion, Paris, 1978.

BARAN, P. et SWEEZY, P.M. Le capitalisme monopoliste, Maspéro, Paris, 1969.

BARON, Y. Les travailleurs face au capitalisme, Culture et Liberté, Seuil, Paris, 1976.

_____ et al. L'utopie réaliste, Bourgois, Paris, 1978.

CARDINAL, C. La médecine capitaliste, un système de santé qui n'en est pas un, Montréal, 1981 (inédit).

CASTELLS, M. La crise économique et la société américaine, PUF, Paris, 1976.

CORIAT, B. L'atelier et le chronomètre, Bourgois, Paris, 1979.

DORE, M. et LAMARCHE, F. L'organisation du travail et les travailleurs, in La crise et les travailleurs, co-édition FEP, UQAM, CSN, CEQ, Montréal, 1980.

FORD, H. Ma vie et mon oeuvre, Payot, Paris, 1927.

_____. Le progrès, Payot, Paris, 1930.

FRIEDMANN, G. Problèmes humains du machinisme industriel, Gallimard, Paris, 1946.

GORZ, A. Réforme et révolution, Seuil, Paris, 1969.

_____. Ecologie et liberté, Galilée, Paris, 1977.

_____. Critique de la division du travail, Seuil, Paris, 1978.

GRAMSCI, A. Américanisme et fordisme, in Gramsci dans le texte, Editions Sociales, Paris, 1975.

GRANOU, A. Capitalisme et mode de vie, Cerf, Paris, 1972.

_____. La bourgeoisie financière au pouvoir, Maspéro, Paris, 1977.

ILLICH, I. Libérer l'avenir. Appel à une révolution des institutions, Seuil, Paris, 1971.

_____. Une société sans école, Seuil, Paris, 1971.

_____. Némésis médicale, Seuil, Paris, 1975.

KERVASDOUE, J. de et al. La santé rationnée?, Economica, Paris, 1981.

KEYNES, J.M. Théorie générale de l'emploi, de l'intérêt et de la monnaie, Payot, Paris, 1977.

LESEMANN, F. Du pain et des services, Coopératives Albert Saint-Martin, Montréal, 1981.

LEVASSEUR, C. De l'Etat-Providence à l'Etat-disciplinaire, in L'Etat du Québec en devenir, Boréal Express, Montréal, 1980.

MALLET, S. La nouvelle classe ouvrière, Seuil, Paris, 1969.

MARGLIN, S.A. Origines et fonctions de la parcellisation des tâches. A quoi servent les patrons?, in Critique de la division du travail, Seuil, Paris, 1978.

MILLS, C.W. L'élite du pouvoir, Maspéro, Paris, 1969.

PALLOIX, C. Le procès de travail. Du fordisme au néo-fordisme, in La Pensée, Paris, 1976.

_____. Travail et production, Maspéro, Paris, 1978.

PIGNON, D. et QUERZOLA, J. Dictature et démocratie dans la production, in Les Temps Modernes, Paris, 1972.

SCHUMPETER, J. Capitalisme, socialisme et démocratie, Payot, Paris, 1974.

SONTAG, S. La maladie comme métaphore, Seuil, Paris, 1979.

TAYLOR, F.W. Principes d'organisation scientifique des usines, Dunod, Paris.

VILLEDIEU, Y. Demain la santé, Québec Science, Québec, 1979.

ZIEGLER, J. Les vivants et la mort, Seuil, Paris, 1975.

IIIième PARTIE

L'institutionnalisation

1. Ouvrages et documents de référence cités dans le rapport

BRODY, E. et GUMMER B. Aged applicants and non-applicants to a voluntary home: an exploratory comparison, in Gerontologist, no 7, 1967, et no 9, 1969.

GUILLEMARD, A.M. La retraite, une mort sociale, Mouton, Paris, 1972.

_____. La vieillesse et l'Etat, PUF, Paris, 1980.

_____. Vieillesse, retraite et position dans les rapports sociaux, in Gérontologie, Paris, 1981.

LOUKAT et JANDROT-LOUKA. Hospice et psychiatrie: un mariage d'oraison, in Cahiers de la Fondation Nationale de Gérontologie, no 11, Paris, 1979.

LAROQUE, P. Politique de la vieillesse, Documentation Française, Paris, 1962.

LAZURE, D. Pour mieux vieillir au Québec, Gouvernement du Québec, MAS, Québec, 1980.

MARTIN, J.M. Pour une politique de la vieillesse, Gouvernement du Québec, Québec, 1970.

MIZRAHI, A. et MOYSE, D. Les personnes âgées vivant en institution: caractères socio-démographiques, autonomie et handicaps, in Consommation, vol. 24, no 4, Paris, 1977.

OUELLET, A. Politique du MAS relative à l'hébergement des personnes âgées, MAS, Québec, 1973.

PLAN (VIIIe). Politique de la vieillesse, Documentation Française, Paris, 1980.

POULANTZAS, N. La crise de l'Etat, PUF, Paris, 1976.

_____. L'Etat, le pouvoir, le socialisme, PUF, Paris, 1981.

_____. Pouvoir politique et classes sociales, Maspéro, Paris, 1982.

SICOTTE, C. Evaluation des bénéficiaires en CAH et CHSP, Gouvernement du Québec, MAS, Québec, 1982.

WAN, T. et WIESSERT, W. Social support networks, patient status and institutionalization, in Research on Aging, vol. 3, no 2, Sage Publications, 1981.

2. Principaux autres ouvrages et documents de référence consultés et utilisés

AKHTAR, A.J. et al. Disability and dependance in the elderly at home, in Age and Aging, no 2, 1973.

BARIL, R. Une analyse de la situation économique des retraités au Québec: de la reproduction et de la consolidation des rapports de classe. Thèse de maîtrise en sociologie, UQAM, Montréal, 1980.

BINSTOCK, R.H. Interest group liberalism and the politics of aging, in Gerontologist, no 12, 1972.

BIRREN, J.E. et al. Human aging, a biological and behavioral study, USGPO, Washington, 1963.

BROCKLEHURST, J.C. Old people in institutions, their rights, Age Condern, London, 1974.

CDR, Centre de Documentation Recherche. Vivre ou survivre? L'hébergement collectif des personnes âgées, in Approches, no 20, Paris, 1978.

CHIANG, C.L. Introduction to stochastic processes, J. Wiley, New York, 1968.

CLEMENT, F. Rapport sur les motifs d'entrée, conditions de séjour et désirs des personnes âgées dans les maisons de retraite privées, FNG, Paris, 1970.

DAVIDSON, G.W. The hospice: development and administration, HPC, Washington, 1978.

DESCAMPS, A. Influence bénéfique des conditions de la vie quotidienne dans le milieu médicalisé sur le retardement des sensations du vieillissement physiologique, intellectuel et moral. Etude comparative de deux populations féminines âgées. Thèse de doctorat de Médecine, Amiens, 1978.

DESSAINT, L. La qualité de vie en établissements d'hébergement pour personnes âgées et leur adaptation au grand âge des résidents, in Années, Documents CLEIRPPA, no 72, Paris, 1978.

DONAHUE, W.T., THOMSON, M. Mc et CURREN, D.J. Congregate housing for older people. An urgent need, growing demand, U.S., Dept of Health, Education and Welfare, Administration on Aging, Washington, 1977.

ELDERLY INVALIDS FUND. Nursing homes for elderly people and old persons homes, EIF, London, 1975.

ENNUYER, B. L'entrée en hospice des personnes âgées: essai de compréhension d'un phénomène d'exclusion, Thèse de doctorat, 3e cycle en Sociologie, Paris, 1977.

_____ et TROUDE, M. Il y a toujours des hospices de vieux, Stock, Paris, 1977.

FALCOZ-VIGNE, J.L. et THOREAU, M. Hospitalisation et devenir des personnes âgées, IEP, Grenoble, 1977.

FELTESSE, H. Organisation et prise en charge des soins dans les établissements pour personnes âgées, in Union Sociale, no 286, Paris, 1979.

GERGEN, K.J. et BACK, K.W. Communication in the interview and the disengaged respondent, in Public Opinion Quaterly, no 30, 1966.

GERONTOLOGIE (Revue). Les hospices, no 18, Paris, 1975.

GRUMBACH, R. Les institutions de personnes âgées: l'exemple de Brévannes, in Cahiers de la Fondation Nationale de Gérontologie, no 11, Paris, 1979.

HARLEM, G. Le développement des services de soins de longue durée et de soins gériatriques, in OMS, Copenhague, 1975.

HARRIS, A. Handicapped and impaired in Great Britain, HMSO, London, 1971.

HARRISSON, S. et AYTON, M. The dependance of elderly people in residential homes, in Nursing Times, vol. 76, no 43, London, 1980.

HEPWORTH, H.P. Services communautaires et d'hébergement pour personnes âgées, Conseil canadien de développement social, Ottawa, 1975.

HOBSON, W. et PEMBERTON, J. The health of the elderly at home, Butterworth, London, 1955.

HOLDEN, C. The hospice movement and its implications, in American academy of political and social science annals, no 447, 1980.

HUGUES, D.C. et PETERS, G.R. Organizational position and perceptions of problems in a nursing home, in Journal of Gerontology, vol. 33, no 2, 1978.

HUNT, A. The elderly at home: a study of people aged sixty-five and over living in the community in England, OCPS, HMSO, 1978.

ISAACS, B. Studies of illness and death in the elderly in Glasgow, Scottish Health Service Publication, No 17, Glasgow, 1971.

JUMELE, Y. Le vieillard et sa place dans la société québécoise, Thèse de maîtrise en sociologie, UQAM, Montréal, 1977.

JUNOD, R. La prospective hospitalière gériatrique et sa nécessaire humanisation, in Politique de la Vieillesse, CIGS, Paris, 1975.

KANE, R.L. et R.A. Long-term care in six countries: implications for the United States. US Department of Health, Education and Welfare in Proceedings, no 33, 1976.

LAROQUE, G. Des hospices aux établissements de moyen et long séjours, in Cahiers de la Fondation Nationale de Gérontologie, no 11, Paris, 1979.

LAURENT, M. La médicalisation dans les services de long séjour: le point de vue du médecin, in Cahiers de la Fondation Nationale de Gérontologie, no 11, Paris, 1979.

LAVAL, M. Problèmes de gestion, temps de travail, normes et coûts, in Echanges internationaux et développement, no 48, Paris, 1976.

MACKEPRANG, B. et BRAUER, E. Changes in age and need for care among patients in a geriatric institution during a two-years period, in Scand. J. Soc., vol. 5, 1977.

MANGENEY, D. Etude des motivations d'entrée, des conditions de vie, du comportement et de l'attitude des personnes âgées en habitat collectif, ULP, Strasbourg, 1975.

MARKS, H.H. Prevalence of disease in older persons, in Geriatrics, no 20, 1965.

MINISTERE de la santé et de la famille. Enquête sur la population hébergée en hospices et maisons de retraite publics et privés, in Santé Sécurité Sociale, Statistiques et Commentaires, no 1, Paris, 1979.

MISHARA, B.L. Changes for Bicetre and its elderly residents: the paradox of progress, in International Journal on Aging and Human Development, vol, 6, no 2, 1975.

MIZRAHI, A. et A. Relations entre handicaps et autonomie et analyse des durées de séjour des personnes âgées vivant en institutions, in Credoc, Paris, 1978.

MOSS, F.E. The future of nursing homes in America, in The Journal of the Institute for Socioeconomic Studies, no 3, 1978.

NOEL, R. Facteurs de motivation et de dépendance en gériatrie, in Journées postuniversitaires de gétonto-psychiatrie, EUB, Bruxelles, 1975.

POWERS, E.A. et BULTENA, G.L. Characteristics of deceased dropouts in longitudinal research, in Journal of Gerontology, no 27, 1972.

REUBEN, S. et BYRNES, G.K. Helping elderly patients in the transition to a nursing home, in Geriatrics, 1977.

ROMBOUT. Hospitals and the elderly: present and future trends, Health and Welfare, Canada, 1975.

_____. Health care institutions and Canada's elderly, Health and Welfare, Canada, 1975.

SANSOY, P. La médicalisation dans les services de long séjour: le point de vue du psychologue, in Cahiers de la Fondation Nationale de Gérontologie, no 11, Paris, 1979.

SCHMIDHAUSER, J.R. The elderly and politics, in A. Hoffman, The daily needs and interests for older people, Springfield, 1970.

SENN, B.J. et STEINER, J.R. "Don't tread on me": ethological perspectives on institutionalization, in International Journal on Aging and Human Development, vol, 9, no 2, 1978-79.

SILBERSTEIN, J. et al. Functional dependency in the aged, in Journal of Gerontology, vol. 32, no 2, 1977.

STERIN, D., HENRARD, J.C., LEROUX, G. Les facteurs médicaux et sociaux du placement chez les personnes âgées, in Cahiers de la Fondation Nationale de Gérontologie, no 11, Paris, 1979.

STEVENS, R.E. The treatment of the aged in state hospitals, in Journal of psychiatric nursing and mental health services, vol. 9, no 1, 1971.

THENAULT, F. Le vécu de l'hospitalisation, in L'actualité en Gérontologie, no 7, Paris, 1976.

TOBIN, S.S. et LIEBERMAN. Last homes for aged. Critical implications of institutionalization. Jossey Bass publishers, San Francisco, London, 1976.

USA Department of Health, education and welfare. Nursing home care, no 77, 24902, Washington, 1977.

USA, special committee on aging. Nursing home care in the US: failure in public policy, Washington, 1974.

USA special committee on aging. Health care for older americans: the "alternative" issue, Washington, 1977.

VIGNAT, J.P. Le vieillard, l'hospice et la mort, Masson, Paris, 1970.

WEAVER, J.L. The elderly as a political community: the case of national health policy, in The Western Political Quarterly, vol. 29, no 4, 1976.

WEIHL, H. et al. Investigation of the family life, living conditions and needs of the non-institutionalized urban jewish aged, Ministry of Social Welfare, Jérusalem, 1970.

WINSTON, W.E. et WILSON, A.J.E. Ethical considerations in long term care, Saint.Petersburg, Florida, ECGC, 1977.

ZONNEVELD, R.J. Long-term care for the elderly in the Netherlands, in Zeitschrift für gerontologie, 11, Amsterdam, 1978.

IVième PARTIE

Vers des alternatives

1. Ouvrages et documents de référence cités dans le rapport

ALDRICH, C. et MENKOFF, E. Relocation of the aged and disabled: a mortality study, in Journal of the american geriatrics society, no 11, 1963.

ANANTHARAMAN, R.N. A study of institutionalized and non-institutionalized older peoples, in Psychological studies, vol. 25, no 1, 1980.

BOURESTROM, N. et TARS, S. Alterations in life patterns following nursing home relocation, in Gerontologist, vol. 14, 1974.

BRADSHAW, B.R. et al. Community based residential care for the minimally impaired elderly: a survey analysis, in Journal of the american geriatrics society, vol. 24, no 9, 1976.

DUDLEY, C.J. et HILLERY, G.A. Freedom and alienation in homes for the aged, in The Gerontologist, vol. 17, no 2, 1977.

FAWCETT, G. et al. Locus of control, perceived contraint, and morale among institutionalized aged, in International Journal of aging and human development, vol. 11, no 1, 1980.

FULLER, S.S. Inhibiting helplessness in elderly people, in Journal of gerontological nursing, vol, 4, no 4, 1978.

GUTMAN, G. et HERBERT, C. Mortality rates among relocated extended-care patients, in Journal of Gerontology, vol. 31, 1976.

HALPER, T. The double-edged sword: paternalism as a policy in the problems of aged, in Health and society, vol. 58, no 3, 1980.

HOWE, A.L. Family support of the aged: some evidence and interpretation, in Australian Journal of Social Issues, vol. 14, no 4, 1979.

HULICKA, J.M. et al. Perceived latitude of choice of institutionalized and non-institutionalized women, in Experimental Aging Research, vol, 1, no 1, 1975.

ILLSEY, R. Problems of dependency groups: the care of elderly, the handicapped and the chronically ill, in Social science and medicine, part A, vol. 15, no 3, 1981.

KANE, R. et R.A. Alternatives to institutional care of the elderly: beyond the dichotomy, in Gerontologist, vol. 20, no 3, 1980.

KASTELER, J. et al. Involuntary relocation of the elderly, in Gerontologist, vol. 8, 1968.

KILLIAN, E.C. Effect of geriatric transfers on mortaly rates, in Social Work, no 15, 1970.

LAWTON, M.P. Institutions and alternatives for older people, in Health and social work, vol. 3, no 2, 1978.

LINDSEY, A. et HUGUES, E. Social support and alternatives to institutionalization for the At-risk elderly, in Journal of the american geriatrics society, vol. 29, no 7, 1981.

LINN, M.W. Qualities of institutional care, in Aged care and services review, vol. 2, no 3, 1980.

LITTLE, V.C. Open care for the aged: swedish model, in Journal of the national association of social workers, vol. 23, no 4, New York, 1978.

MACKEPRANG, B. et BENTZON, M.W. Some aspects concerning admittance to and accomodation in geriatric institutions housing persons with varying degrees of need of care, in Scand. J. Med., vol. 6, no 2, 1978.

MILLER, D. et LIEBERMAN, M.A. The relationship of affect state and adaptative capacity to reactions to stress, in Journal of american geriatrics society, vol. 20, 1965.

NOVICK, L.S. Easing the stress of moving day, in Hospitals, no 41, 1967.

PABLO, R. Intra-institutional relocation: its impact on long-term care patients, in Gerontologist, vol. 17, 1977.

PEGELS, C.C. Institutional vs non-institutional care for the elderly, in Journal of health politics, policy and law, vol. 5, no 2, 1980.

PFEIFFER, E. Alternatives to institutional care for older americans: practice and planning, Center for the study of aging and human development, Duke University, 1973.

SICOTTE. Evaluation des bénéficiaires en CAH et CHSP, MAS, Gouvernement du Québec, Québec, 1982.

SPENCE, W.R. Who needs the institution: client or professional?, in Journal of the national association of social workers, 1978.

SWAIN, C. et HARRISON, J. The nursing home as total institution: a case study and suggestions for the aged care system, in Australian journal of social issues, vol. 14, no 4, 1979.

WELLS, L. et MACDONALD, G. Interpersonal networks and post-relocation adjustement of the institutionalized elderly, in Gerontologist, vol. 21, no 2, 1981.

WILKES, E. et al. A different kind of day hospital - for patients with preterminal cancer and chronic disease, in British medical journal, no 6144, 1978.

WOOLDRIDGE, D.B. The geriatric institution as a therapeutic modality, in Canadian medical association journal, vol. 115, no 1, 1976.

2. Principaux autres ouvrages et documents de référence consultés et utilisés

ALTMAN, L.K. Senility is not always what it seems to be, in New York Times, 1977.

AUMOND, M. Eléments de gérontologie, Tome I, Aumond, Ottawa, 1982.

ANDERSON, N.N. Institutionalization, interaction and self-conception in aging, in A.M. Rose et W.A. Peterson, Older people and their social world, Davis, Philadelphia, 1965.

BARNEY, J. Community presence as a key to quality of life in nursing homes, in American journal of public health, no 64, 1974.

BASSUK, E.L. et GERSON, S. Desinstitutionalization and mental health services, in Scientific American, no 238, 1978.

BELL, W.G. Community care for the elderly: an alternative to institutionalization, in Gerontologist, no 13, 1973.

BIRKETT, D.P. et BALTUCH, B. Remotivation therapy, in Journal of the american geriatrics society, no 21, 1973.

BRICKNER, P. et al. Home maintenance on the home bound aged: a pilot program in New-York City, in the Gerontologist, no 16, 1976.

BRODY, E.M. The aging family, in Gerontologist, no 6, 1966.

BURTON, R.M. et al. Nursing home cost and care: an investigation of alternatives, Durham University (inédit).

CARTER, C. et GALLIANO, D. Fear of loss and attachment: a major dynamic in the social isolation of the institutionalized aged, in Journal of gerontological nursing, vol. 7, no 6, 1981.

CITRIN, R.S. et DIXON, D.N. Reality orientation. A milieu therapy used in an institution for the aged, Gerontological society meeting, Louisville, 1975.

COE, R.M. Self-conception and institutionalization, in A.M. Rose et W.A. Peterson, Older people and their social world, Davis, Philadelphia, 1965.

CROOG, S.A. et al. Help patterns in severe illness: the roles of kin network, non-family resources and institutions, in Journal of Marriage and the family, no 34, 1972.

DUKE, M.P. et al. The determination of locus of control in a geriatric population and a subsequent test of the social learning model for interpersonal distances, in Journal of psychology, no 86, 1974.

DUNLOP, B. Determinants of long-term care facility utilization by the elderly: an empirical analysis, The urban institute, Washington, 1976.

FELTON, B. et KAHANA, E. Adjustement and situationnally-bound locus of control among institutionalized aged, in Journal of Gerontology, no 29, 1974.

GOLDMAN, S. Social aging, disorganization and loss of choice, in Gerontologist, no 11, 1971.

GORDON, S.K. et VINAKE, E. Self and ideal self-concepts and dependency in aged persons residing in institutions, in Journal of Gerontology, no 26, 1971.

GOTTESMAN, L.E. et BOURESTOM, N.C. "Why nursing homes do what they do?", in Gerontologist, no 14, 1974.

HABERSTEIN, R. et BIDDLE, E. Decisions to relocate the residency of aged persons, Center for research in social behavior, University of Missouri, Columbia, 1974.

HILLERY, G.A. Jr. Freedom and social organization: a comparative analysis, in American sociological review, no 36, 1971.

HOLLAND, T.P. Organizational structure and institutional care, in Journal of health and social behavior, no 14, 1973.

JOHNSON, E.S. et BURSK, B.J. Relationships between the elderly and their adult children, in Gerontologist, no 17, 1977.

KALISH, R.A. On children and grandfathers: a speculative essay on dependency, in Gerontologist, no 7, 1967.

KANE, R.L. et R.A. Care of the aged: old problems in need of new solutions, in Science, no 200, 1978.

KASL, S. Physical and mental health effects of involuntary relocation and institutionalization of the elderly, in American journal of public health, no 62, 1972.

KIDD, C.D. Criteria for admission of the elderly to geriatric and psychiatric units, in Journal of mental science, 1962.

KISTEN, H. et MORRIS, R. Alternatives to institutional care for the elderly and disabled, in Gerontologist, no 12, 1972.

KLEH, J. When to institutionalize the elderly?, in Hospital practice, no 12, 1977.

LANGER, E.J. et RODIN, J. The effects of choice and enhanced personal responsability for the aged: a field experiment in an institutional setting, in Journal of personality and social psychology, no 34, 1976.

LEPKOWSKI, J.R. The attitudes and adjustement of institutionalized and non-institutionalized catholic aged, in Journal of Gerontology, no 11, 1956.

MCDONALD, M.L. et SETTIN, J.M. Reality orientation versus sheltered workshops as treatment for the institutionalized aging, in Journal of Gerontology, no 33, 1978.

MADDOX, G.L. Families as context and resource in chronic illness, in Long term care, Sherwood, New York, 1975.

MARKSON, E. et al. Alternatives to hospitalization for psychiatrically ill geriatric patients, in American Journal of psychiatry, no 127, 1971.

MARKUS, E. et al. Some factors and their association with post-relocation mortality among institutionalized aged persons, in Journal of Gerontology, no 27, 1972.

MASON, E. Some correlates of self-judgements of the aged, in Journal of Gerontology, no 9, 1954.

MERCER, S.O. et KANE, R.A. Helplessness and hopelessness in the institutionalized aged, in Health and social work.

MITCHELL, J.B. Patient outcomes in alternative long-term care settings, in Medical care, no 16, 1978.

MORRIS, R. The development of parrallel services for the elderly and disabled, in Gerontologist, no 14, 1974.

PALMORE, E. Social factors in mental illness of the aged, in Busse E. Pfeiffer, Mental illness in later life, APA, Washington, 1973.

_____. The future status of the aged, in Gerontologist, no 16, 1976.

POHL, J. The relationship of perceived choice and morale and depression in elderly institutionalized persons (Unpublished), Wayne State University, Detroit, 1977.

POLLITT, P. The aged, in J. McCaughey et al., Who cares? Family problems, community links and helping services, Sun books, Melbourne, 1977.

PRYOR, D.A. Somewhere between society and the cimetery: where we put the aged, in The new republic, 1970.

REID, D.W. et al. Locus of desired control and positive self-concept of the elderly, in Journal of Gerontology, no 32, 1977.

ROSEN, B.M. et al. Psychiatric services for the aged: a nationwide survey of patterns of utilization, in Journal of chronic diseases, vol. 21, no 3, 1968.

SCHULZ, R. Effects of control and predictability on the physical and psychological well-being of the institutionalized aged, in J. Per. Soc. Psychology, no 33, 1976.

SHILOH, A. Sanctuary or prison-reponses to life in a mental hospital, in S.E. Wallace, Total institutions, Aldine, Chicago, 1971.

SPASOFF, R.A. et al. A longitudinal study of elderly residents of long-stay institutions, in Gerontologist, no 18, 1978.

SPERBECK, D. et KRAUSS WHITBOURNE, S. Dependency in the institutional setting: a behavorial training program for geriatric staff, in The Gerontologist, vol. 21, no 3, 1981.

SUFFOLK LAW REVIEW. Discrimination against the elderly: a prospective of the problem, 1973.

TOWNSEND, J.M. Self-concept and the institutionalization of mental patients: an overview and critique, in Journal of health and social behavior, no 17, 1976.

WALKER, K.N. et al. Social support networks and the crisis of bereavement, in Social Science and Medicine, no 11, 1977.

WEILER, P.G. et al. Health care for elderly americans: evaluation of an adult day health care model, in Medical care, vol. 14, no 8, 1976.

WELLS, L.M. The helping process: relocation of the aged, in Social worker, no 47, 1979.

WING, J.K. Institutionalism in mental hospitals, in British journal of social clinical psychology, no 7, 1962.

WOLK, S. et KURTZ, J. Positive adjustement and involvment during aging and expectancy for internal control, in Journal of consulting and clinical psychology, no 43, 1975.

YANNEY, B. et SLOVER, D. Relocation of the elderly, in Social work, no 18, 1973.

ZAWADSKI, R.T. et al. Psychotropic drug use among institutionalized and non-institutional medicaid aged in California, in Journal of Gerontology, no 33, 1978.

ZWEIG, S.P. et CSANK, S.Z. Effects of relocation on chronically ill geriatric patients of a medical unit: mortality rates, in Journal of the american geriatrics society, no 23, 1975.